PIELĘGNIARKA
polska



Rok 6 (XVII)
1953

Nr. 2
LUTY

PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH

PSZ

TREŚĆ

СОДЕРЖАНИЕ

SOMMAIRE

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek.

Przekazano do PPK „Ruch“ dn. 21.II.53 r.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 6 (XVII) Luty 1953 Nr 2



Obraz przedstawiający W. I. Lenina przy pracy przed namiotem, w czasie pobytu w Finlandii, w 1919 r.

Z wielką czcią masy pracujące wszystkich krajów obchodziły 21 stycznia rb. 29 rocznicę zgonu Włodzimierza Lenina, wodza i nauczyciela rosyjskiej klasy robotniczej i całego międzynarodowego proletariatu.

Lenin, ucieleśnienie zwycięskiej Rewolucji Październikowej i pierwszego w świecie państwa robotników i chłopów, zaszczepił kierowanej przez siebie bolszewickiej partii hart rewolucyjny i nienawiść do ustroju kapitalistycznego, swoją żelazną wolę obalenia tego ustroju i zbudowania komunizmu.

Lenin jest nieśmiertelny, żyje w sercach całej miłującej wolność i pokój ludzkości, jego nauki i wskazania, wzbogacone przez Tow. Stalina, prowadzą masy pracujące całego świata do walki o nowe życie bez wojen i wyzysku.

30 lat temu Lenin pisał: „...A na każdym dolarze — gruda błota z „dochodowych dostaw wojskowych, które w każdym kraju wzbogacały bogaczy i doprowadzały biedaków do ruiny. Na każdym dolarze ślady krwi"... — słowa te, jakże dziś aktualne wobec ludobójczych zamierzeń imperializmu amerykańskiego, jakże aktualne dla narodu polskiego, który skutki tych rzuconych przez amerykański faszyzm dolarów z krwawymi śladami zdrady obserwuje w toku ostatnich procesów przeciw szpiegom pracującym dla obcego mocarstwa, dla „trzeciej wojny".

Wielkimi naukami Lenina i Stalina żyją budowniczowie komunizmu w ZSRR, żyją budowniczowie socjalizmu w krajach demokracji ludowej, pomni leninowskich wskazań o czujności w walce z podżegaczami wojennymi.

Naród polski pod sztandarem leninizmu, w oparciu o pomoc Związku Radzieckiego i jego wielkiego wodza, Józefa Stalina, walczy o pokój, wolność i socjalizm!

Gospodarcze znaczenie regulacji cen

REFORMA rolna, nacjonalizacja przemysłu i handlu stworzyły w Polsce warunki do działania nowych praw ekonomicznych. Mylne byłoby twierdzenie, że prawa te stworzyliśmy sami, ponieważ — jak pisze Tow. Stalin w swojej pracy „Ekonomiczne problemy socjalizmu w ZSRR" — praw ekonomicznych nie można stworzyć, znosić, czy dowolnie zmieniać:

„*Niektórzy towarzysze negują obiektywny charakter praw nauki, zwłaszcza ekonomii politycznej w warunkach socjalizmu. Przeczą temu, że prawa ekonomii politycznej odźwierciadlają prawidłowości procesów dokonujących się niezależnie od woli ludzi. Uważają, że wobec szczególnej roli, jaką wyznaczyła Państwu Radzieckiemu historia, Państwo Radzieckie, jego kierownicy mogą znieść istniejące prawa ekonomii politycznej, mogą sformować nowe prawa, stworzyć nowe prawa*".

Słowa te pisane w przeddzień XIX Zjazdu KPZR, są w pełni aktualne także i w naszych warunkach ekonomicznych. Wyjaśniają nam mechanizm działania procesów ekonomicznych zachodzących w okresie budowy socjalizmu.

W Polsce budującej socjalizm produkcja przemysłowa i jej nowe gałęzie została, przez uspołecznienie jej, rozwinięta bardzo silnie — na miarę u nas dotychczas niespotykaną. Produkcja tylko częściowo uspołecznionej wsi — zboże, nabiał, warzywa itd.— przedstawia wprawdzie także inny obraz: zwiększyła się wydajność z 1 ha, zlikwidowano zbędne ręce na wsi, nie mniej jednak ta produkcja ilościowo nie nadąża tempem rozwoju za przemysłem. W przeliczeniu na głowę jednego mieszkańca Polski produkcja naszego przemysłu wzrosła o 250% w porównaniu do produkcji z przed wojny, podczas gdy rolnictwo produkuje zaledwie o 12% więcej niż przed wojną.

DLACZEGO tak się dzieje?

Dzieje się tak dlatego, ponieważ przemysł nasz jest przemysłem socjalistycznym, opiera się na wielkiej skoncentrowanej produkcji i posługuje się nowoczesną techniką, podczas gdy rolnictwo opiera się na drobnotowarowej gospodarce, technicznie zacofanej i mało wydajnej; opiera się więc na produkcji towarowej, czyli na produkcie przeznaczonym na sprzedaż, na wymianę handlową z miastem. To są podstawy naszej obecnej gospodarki, te podstawy właśnie tworzą prawa ekonomiczne, nie zaś człowiek czy państwo.

Jednakże społeczeństwo nie jest bynajmniej bezsilne wobec praw ekonomicznych, wręcz przeciwnie — poznawszy te prawa i opierając się na nich — społeczeństwo może ograniczyć sferę ich działania, może je z powodzeniem wykorzystać w swoim interesie, nie oddając się w ich niewolę. Możemy więc ograniczyć sferę działania produkcji towarowej, to znaczy ograniczyć ślepe i spekulacyjne działanie produkcji drobnotowarowej przez regulowanie cen rynkowych, które dotąd były zależne od machinacji kułaka i spekulanta.

Ceny towarów wiejskich, wytwarzanych przez indywidualne gospodarstwa drobnotowarowe, kształtowały się często bez ingerencji państwa — żywiołowo — w zależności od ilości tych towarów rzuconych na rynek i zależnie od rozmiarów spekulacji. Ceny towarów przemysłowych ustalone zostały przez państwo w większości wypadków jeszcze w roku 1948, a więc były przed uchwałą stosunkowo dużo niższe niż ceny produktów wiejskich.

PORÓWNAJMY kilka z tych cen. Cena nawozu sztucznego — azotniaku wysokoprocentowego — wyrób przemysłowy — równała się w r. 1948 cenie jednego metra zboża, sprzedawanego na wolnym rynku, natomiast w r. 1951 równała się cenie tylko 30 kg zboża. Półbuciki kosztowały 3 metry żyta, zaś w ostatnim czasie już tylko 1½ metra żyta; przeliczając na słoninę, cena półbucików spadła z 18 kg słoniny na 7 kg. Cena jednego metra wełny 30% równała się początkowo cenie 3 kg słoniny, ale cena słoniny podskoczyła i chłop mógł otrzymać 1 metr wełny za 1,40 kg słoniny, a nawet na Śląsku za 90 dkg słoniny. W 1949 roku chłop mógł kupić 1 kg soli za dwa jajka,

pod koniec 1952 r. chłop otrzymał za 1 jajko 3 kg soli. W październiku 1952 r. za 8 i pół wianków czosnku (po 100 zł.) otrzymywano konfekcyjne ubranie (850 zł).

Stan dotychczasowy charakteryzował się więc brakiem równowagi między cenami produktów rolnych i przemysłowych. Doszło do paradoksalnego zjawiska — część dochodu z rozwijającego się — dzięki ogromnemu wysiłkowi robotników — przemysłu była przechwytywana wskutek powstałych dysproporcji cen przez elementy kułacko-spekulacyjne. Doszło — jak to określił tow. Bierut na VII Plenum PZPR — do *„skrzywienia dochodu narodowego"*.

Najbardziej jaskrawo uwidocznia się ten proces na podstawowym produkcie spożywczym w naszym kraju tj. na chlebie. Mimo to, iż produkujemy znacznie więcej chleba niż przed wojną wytworzyła się taka sytuacja na rynku, że już w godzinach wieczornych w sklepach chleba było niejednokrotnie brak. Jakie były przyczyny tego zjawiska? Cena zboża, które chłop sprzedawał na wolnym rynku wynosiła 240 zł za q, natomiast za 1 q chleba chłop płacił tylko 145 zł, czyli bez włożenia pracy otrzymywał gotowy produkt ze swego surowca z zarobkiem prawie 80%. To spowodowało, że chłopi wykupywali masowo chleb.

Wzrosły również ceny mięsa, ponieważ cena chleba musi stać w odpowiednim stosunku do ceny mięsa. Mniej więcej stosunek ceny żyta do żywca, lub stosunek ceny chleba do mięsa określa się jak 1 : 8 lub 1 : 12. To znaczy, o ile 1 kg chleba kosztuje 3 zł to 1 kg mięsa musi kosztować powyżej 25 zł, w innym wypadku chów bydła byłby nieopłacalny.

Może powstać pytanie, czy nie należałoby ograniczyć sprzedaży chleba wydając go na bony? Nie— oznaczałoby to równocześnie konieczność wydawania na bony: żyta, jęczmienia, pszenicy, kasz, a po pewnym czasie zaszłaby konieczność ograniczenia również i sprzedaży ziemniaków. Musielibyśmy wprowadzić system bonowy na wszystkie produkty rolne, jak również i przemysłowe. System kartkowy uniemożliwia jednak rozwój normalnej gospodarki narodowej, zmniejsza zainteresowanie pracą, ponieważ zarówno za gorszą jak za lepszą pracę otrzymuje się tę samą ilość produktów, czyli w zasadzie tę samą płacę.

System kartkowy jest słuszny w ciężkich sytuacjach gospodarczych jako zjawisko przejściowe lub podczas wojny. W innych warunkach nie powinien być stosowany, staje się bowiem hamulcem rozwoju gospodarczego na każdym odcinku. Słuszne więc było wprowadzenie systemu bonowego na tłuszcz i mięso po zaostrzonej sytuacji na skutek posuchy w roku 1950, ale wyjść z trudności gospodarczych można tylko tworząc taki system, który zachęca do większej wydajności pracy, ponieważ właśnie praca tworzy wszelkie wartości. System bonowy zabezpieczył pracowników fizycznych i umysłowych podczas ostrego braku produktów, ale dłuższym istnieniem system bonowy zagroziłby rozwojowi całej naszej gospodarki narodowej.

Chłop nie był zainteresowany w zwiększeniu swojej wydajności, o ile za małą ilość produktów wiejskich mógł otrzymać dużą ilość towarów przemysłowych. Należało więc wyrównać zaburzenia równowagi między cenami po to, ażeby stworzyć możliwości zwiększenia wydajności pracy na wsi.

UCHWAŁA Prezydium Rządu z dn. 3 stycznia 1953 r. stworzyła możliwości dalszego rozwoju gospodarczego. Uchwała zniosła system bonowy na mięso, tłuszcze, cukier i mydło, ustaliła nowe, jednolite ceny na najważniejsze artykuły spożywcze i przemysłowe oraz nowe ceny niektórych usług.

Powyższa uchwała ustanowiła skup produktów rolnych na warunkach kontraktacji, tworząc w ten sposób rezerwy dla sklepów państwowych, prowadząc do utrzymania cen na oznaczonym poziomie i do zwalczania spekulacji. Celem zachęcenia do zwiększania produkcji rolnej — Uchwała zezwoliła na wolny handel nadwyżkami produktów rolnych po wykonaniu przez chłopów dostaw obowiązujących.

Uchwała stwarza więc możliwości stabilizacji cen, zwiększenia się wydajności pracy, wyrównuje „skrzywienie dochodu narodowego", umożliwia likwidację zakłóceń w handlu, likwidację kolejek, likwidację dwóch a nawet trzech cen (bonowa, w sklepach państwowych i wolnorynkowa), likwiduje przez to spekulację na tych różnych poziomach cen.

Uchwała stwarza lepsze warunki dla zwiększenia wydajności pracy, dla realizacji planu inwestycyjnego, a tym samym otwiera nowe perspektywy uprzemysłowienia wsi — ułatwia walkę z kułactwem, co w konsekwencji prowadzi do szybszej socjalizacji wsi, sprzyjając powstawaniu spółdzielni produkcyjnych.

Dla zabezpieczenia interesów pracowników wprowadzono ogólną podwyżkę płac, rent, zasiłków i stypendiów od 8 do 40%, w zależności od otrzymywanej podstawowej płacy, z tym, że niżej uposażeni otrzymują wyższy procent wyrównania. Tak np. salowa w szpitalu otrzyma wyższy procent podwyżki niż lekarz.

WIELKA reforma gospodarcza, którą obecnie przeżywamy, nie jest doraźnym rozwiązaniem powstałych trudności, ale jest głęboko przemyślanym, zasadniczym, trwałym uregulowaniem życia gospodarczego. Nasuwa się pytanie, dlaczego nie wprowadzono tej reformy wcześniej? Do wprowadzenia tego rodzaju głębokich przemian gospodarczych brakowało nam dotąd wielu jeszcze podstawowych a niezbędnych elementów. My nie tworzymy bowiem praw — my je tylko wykorzystujemy dla naszych celów. Ekonomiczne prawa tworzą się w zależności od sytuacji gospodarczej kraju, od procesów ekonomicznych.

Przed kilku laty nie posiadaliśmy Państwowych Gospodarstw Rolnych, Spółdzielni Produkcyjnych, uspołecznionego handlu — na skutek czego bylibyśmy skazani w wypadku wprowadzenia podobnej reformy na anarchię i wyzysk kułaków, prywatnych kupców i spekulantów. Przed kilku laty nie byliśmy tak mocni na odcinku produkcji przemysłowej, koniecznej dla dalszego uprzemysłowienia i uspołecznienia wsi („...z pomocą drobnej gospodarki nie podobna wyrwać się z biedy...“ — Lenin), nie moglibyśmy wprowadzić więc wolnego handlu — groziłoby to bowiem wzrastaniem elementów kapitalistycznych — szczególnie na wsi. Bogacz wiejski jest tylko z nazwy chłopem — w rzeczywistości żyje on z pracy obcej siły najemnej, z lichwiarskich pożyczek, z wypożyczania maszyn i spekulacji. Bogacz wiejski to ostatnia, lecz najbardziej zaciekła w swoim uporze warstwa burżuazji. By wzmocnić walkę z wewnętrznym wrogiem władzy ludowej — kapitalizmem wiejskim, musimy więc doprowadzić do spójni robotniczo-chłopskiej, wskazując biedniakom i średniakom wiejskim ich największego wroga — kułaka.

TAK głębokie reformy nie mogą oczywiście nie powodować, mimo wprowadzenia wyrównania płac, przejściowych trudności u niektórych jednostek. Uchwała usuwa trwałe, poważne trudności powstałe w wyniku dysproporcji między wsią a miastem i efekty tej Uchwały będą w silniejszym stopniu odczuwalne dopiero z końcem bieżącego roku, a w pełni mogą uwidocznić się dopiero w roku przyszłym.

Jeżeli zreasumujemy cele Uchwały, w całej pełni wystąpi jej znaczenie jako ważnego kroku naprzód na drodze do socjalizmu, jako kroku w kierunku trwałej poprawy sytuacji mas pracujących.

Omawiając te zagadnienia na VII Plenum PZPR, tow. Bierut powiedział:

„Jest naszym obowiązkiem łagodzić i usuwać wszelkie zakłócenia gospodarcze, które dają się we znaki klasie robotniczej. Chodzi jednak o to, aby leczyć nie tylko objawy, lecz również przyczyny tych zakłóceń. Chodzi o to, aby docierać do sedna, aby usuwać źródła tych dolegliwości, aby usuwać przyczyny wybuchającej raz po raz gorączki spekulacyjnej, chodzi więc o to, aby mocniej podcinać i rugować na wsi i mieście elementy kapitalistyczne“.

Uchwała Rządu z dnia 3. I. 1953 r.
— to droga do dobrobytu
mas pracujących Polski

TRACHEOTOMIA

(Operacyjne otwarcie tchawicy)

TRACHEOTOMIĘ — operacyjne otwarcie tchawicy od zewnątrz — wykonuje się w przypadkach mechanicznego zwężenia krtani lub górnego odcinka tchawicy, aby umożliwić swobodne oddychanie choremu, cierpiącemu wskutek duszności.

Zwężenie takie powstaje jako następstwo ucisku od zewnątrz (np. przez powiększony gruczoł tarczykowy), lub częściej — wskutek zmian chorobowych w samym świetle krtani lub tchawicy, np. w przebiegu błonicy, ostrego obrzęku krtani, w przypadkach ciał obcych i nowotworów krtani. Bardzo często tracheotomia bywa konieczna w przypadkach urazów i zranień krtani, które w następstwie powodują groźne dla życia bliznowate zwężenia.

Zwężenie krtani daje bardzo charakterystyczny obraz d u s z n o ś c i, w której można wyróżnić trzy okresy:

Pierwszy okres — w y r ó w n a n i a — cechuje się wzmożoną pracą i napinaniem się pomocniczych mięśni oddechowych szyi i klatki piersiowej — następstwo niedostatecznego dopływu powietrza do płuc. Obserwujemy znamienny oddech z wysilonym, przedłużonym świszczącym wdechem i nieco łatwiejszym wydechem. Ten głośny, wysilony wdech słychać wyraźnie z oddali, nawet z sąsiedniego pokoju.

Kiedy ustrój nie może już zaspokoić zapotrzebowania na tlen dochodzi do **okresu drugiego** — n i e w y r ó w n a n i a. — Pojawia się uogólniona sinica skóry, zwłaszcza twarzy, chory staje się niespokojny, otwiera szeroko usta i chwyta powietrze, oblewając się obficie potem. Żyły na szyi i twarzy wyraźnie nabrzmiewają. Jeżeli w tym okresie nie udzielimy choremu natychmiastowej pomocy przez wykonanie tracheotomii, duszność przechodzi w **okres trzeci** — a s f i k s j i — i chory ginie na skutek uduszenia.

W schorzeniach płuc, oskrzeli, serca, względnie ośrodkowego układu nerwowego obraz duszności bywa podobny, ale nie słyszymy tam tego charakterystycznego odgłosu, jaki wydaje powietrze przeciskające się z trudem przez zwężone światło krtani.

Zestaw narzędzi do tracheotomii składa się z kilku haków, tępych i ostrych, w tym jeden ostry hak jednozębny (do pociągania i ustalania krtani i tchawicy), z kilku par kleszczyków naczyniowych Kochera, z dwóch par szczypczyków chirurgicznych i dwóch — anatomicznych; poza tym potrzebny jest r o z w i e r a c z t c h a w i c z n y do rozchylania brzegów otworu w tchawicy, nożyczki, klamerki, katgut, jedwab, igły chirurgiczne, imadło, noże chirurgiczne i kilka rurek tracheotomijnych różnych rozmiarów.

Operację przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym ½—1% roztworem nowokainy z dodatkiem 1 kropli roztworu adrenaliny 1:1000 — na każdy ml nowokainy.

PRZEBIEG ZABIEGU

Chorego po zabiegu układa się na wznak, a pod łopatki umieszcza się wałek lub poduszkę, aby głowa zwisała odchylona ku tyłowi, dzięki czemu krtań i tchawica wysuwają się do przodu. W tym ułożeniu duszność może się czasem gwałtownie nasilić, dlatego stosuje się je dopiero tuż przed samym zabiegiem.

Rozróżniamy dwa zasadnicze rodzaje tracheotomii: g ó r n ą i d o l n ą, co zależy od tego, czy wykonujemy ją ponad czy też poniżej węziny gruczołu tarczykowego.

Po znieczuleniu linii cięcia, przecina się powłoki ściśle w linii środkowej szyi, podłużnie, na przestrzeni około 6 cm. Lekarz asystujący do operacji zakłada haki i rozciąga brzegi rany, zaś chirurg operujący oddziela na tępo — zakrzywionymi nożyczkami lub szczypczykami — mięśnie pokrywające tchawicę, następnie przecina więzadło, łączące węzinę tarczycy z tchawicą i odsuwa gruczoł tarczykowy ku dołowi. W ten sposób odsłania się dwa lub trzy górne pierścienie tchawicy. Teraz, do światła tchawicy — drogą wkłucia poprzez przestrzeń pomiędzy dwoma pierścieniami — wprowadza

się kilka kropli 5—10% roztworu kokainy, celem osłabienia odruchów wykrztuśnych.

Po dokładnym opanowaniu krwawienia i odciągnięciu — haczykiem — krtani ku górze przecina się małym nożem dwa sąsiednie pierścienie tchawicze wzdłuż linii środkowej, rozszerza się brzegi cięcia rozszerzaczem tchawiczym i do tego otworu wprowadza się rurkę tracheotomijną odpowiedniej długości i szerokości. Rurkę umocowuje się tasiemkami, które zawiązuje się wokół szyi. Brzegi rany ściąga się 2—3 szwami, względnie klamerkami, i wokół rurki tracheotomijnej nakłada się opatrunek z jałowej gazy. Z chwilą założenia rurki chory zaczyna natychmiast swobodnie oddychać — znikają wszelkie objawy duszności.



Rurka tracheotomijna do wprowadzenia w światło tchawicy

Rurka tracheotomijna jest to podwójna, łukowato wygięta, metalowa rurka o średnicy 5 — 13 mm. Rurka zewnętrzna ma na swej wypukłej powierzchni owalne okienko, a na końcu obwodowym (zewnętrznym) — ruchomą tarczkę z uszkami, przez które przeciąga się tasiemkę. Na tarczce również, w linii środkowej znajduje się ruchomy sztyfcik mający chronić rurkę wewnętrzną przed wypadnięciem.



Właściwy sposób wprowadzania rurki tracheotomijnej

Do tchawicy wprowadza się rurkę takiej średnicy, by wypełniała całkowicie światło tchawicy, i takiej długości, by jej koniec nie opierał się o ścianę tchawicy, to bowiem mogło by spowodować powstanie odleżyny.

Przed założeniem rurki tracheotomijnej należy koniecznie sprawdzić, czy rurka wewnętrzna daje się łatwo wyciągnąć z zewnętrznej i czy rurka zewnętrzna jest dobrze przytwierdzona do tarczki.

PIELĘGNOWANIE

Chory noszący rurkę tracheotomijną, szczególnie w pierwszych dniach po operacji, wymaga bardzo troskliwej opieki i starannego pielęgnowanie. Przez pierwsze cztery dni nie należy wyjmować rurki zewnętrznej, trudno ją bowiem założyć ponownie wobec utrzymującego się wtedy obrzęku tkanek.

Oddychanie przez rurkę tracheotomijną nie jest dla chorego obojętne; powietrze, dostające się do tchawicy bezpośrednio z zewnątrz, jest zimne, suche i zawiera rozmaite zanieczyszczenia, co łatwo powoduje nieżyt dolnych dróg oddechowych i gromadzenie się obfitej gęstej, śluzowej wydzieliny, którą chory z trudnością odkrztusza przez rurkę.

Osoba pielęgnująca chorego po tracheotomii powinna dbać o to, by śluz nie zatykał rurki tracheotomijnej. W tym celu należy co pewien czas wyciągać rurkę wewnętrzną (rurka zewnętrzna pozostaje w ranie) i oczyszczać ją za pomocą wygotowanej specjalnej szczoteczki, względnie za pomocą wygotowanego, zakrzywionego zgłębnika z nawiniętą jałową watą. Po wymyciu rurki wodą i mydłem gotuje się ją kilka minut w celu wyjałowienia.

Chory powinien mieć stale pod ręką tabliczkę względnie kartkę papieru do pisania, aby się mógł porozumiewać z otoczeniem. Należy go również zaopatrzyć w dostateczną ilość ligniny, pociętej w kawałki, aby miał czym wycierać wydzielinę wydobywającą się z rurki tracheotomijnej.

Należy pamiętać, że powietrze w pomieszczeniu, gdzie znajduje się chory z rurką tracheomijną, powinno być dostatecznie ciepłe (17 — 18° C) i wilgotne.

Szczególnej opieki wymagają dzieci, u których wąska rurka tracheotomijna łatwo ulega zatkaniu śluzem. Należy ją oczyszczać co 3 godziny, a czasem nawet trzeba się uciekać do stałego odsysania wydzieliny specjalnym odsysaczem.

Zbigniew Bochenek

 Dokończenie

Kliniczna analiza krwi

(Odczyn Biernackiego — OB)

Ciężar właściwy krwinek jest wyższy niż ciężar właściwy osocza krwi, wynosi bowiem 1088, gdy tymczasem ciężar właściwy osocza krwi tylko 1030. Jeśli do krwi dodamy jakiegoś chemicznego środka zapobiegającego krzepnięciu krwi (np. roztwór cytrynianu sodowego) i umieścimy ją w szklanym naczyniu, to po pewnym czasie zobaczymy, że masa krwinkowa opadnie na dno, a ponad nią utworzy się jaśniejsza warstwa osocza. Zjawisko opadania krwinek nosi nazwę osiadania lub sedymentacji. Szybkość opadania krwinek stanowi bardzo cenny wskaźnik rozpoznawczy, ponieważ u ludzi zdrowych utrzymuje się mniej więcej na jednakowym poziomie i odbywa się bardzo powoli, natomiast w niektórych chorobach ulega mniejszemu lub znaczniejszemu przyśpieszeniu. Określanie stopnia przyśpieszenia opadania krwinek nazywa się popularnie „badanie opadu" względnie odczynem Biernackiego („OB").

Według *Panczekowa* przeciętnie, normalne wartości odczynu Biernackiego osób zdrowych wynoszą u mężczyzn do 10 mm po jednej godzinie, u kobiet i młodzieży — nieco więcej, u starców zaś do 20 mm po jednej godzinie.

Przyśpieszenie opadania krwinek występuje w bardzo licznych schorzeniach, w następstwie najróżnorodniejszych przyczyn, wskutek czego nie można odczynu Biernackiego uważać za swoisty dla jakiejś określonej choroby, a mimo to odczyn ten oddaje niezmiernie cenne usługi w rozmaitych problemach diagnostycznych i ma bardzo ważne znaczenie kliniczne.

Szczególnie wyraźne przyśpieszenie odczynu Biernackiego widzi się w procesach zapalnych (zwłaszcza ropnych), rozpadowych i wyniszczających ustrój, w ostrych i przewlekłych sprawach zakaźnych, w okresie wsysania się nacieków i ustępowania wysięków, w chorobie gośćcowej (w ostrym i przewlekłym zapaleniu wielostawowym) itp.

Przyśpieszenie odczynu Biernackiego obserwuje się także w niektórych chorobach gruczołów wewnętrznego wydzielania (dokrewnych) — w nadtarczyczności *(tyreotoksykoza)*, w okresie ustania czynności jajników (okres przekwitania — *climakterium)*, w starczym przeroście gruczołu krokowego (prostaty) i in. Niewielkie przyspieszenie opadu widzi się również w okresie miesiączkowania i w ciąży (począwszy od IV miesiąca).

Przyspieszenie odczynu Biernackiego występuje dalej w niektórych zaburzeniach przemiany białkowej, np. w następstwie czynnościowych zaburzeń wątroby, jak m. in. wzmożona produkcja fibrynogenu.

Organiczne (anatomiczne) zaburzenia wątroby w niejednakowy sposób odzwierciadlają się w odczynie Biernackiego. I tak, przyspieszenie OB występuje w stanach zapalnych wątroby i dróg żółciowych, natomiast zwolnienie OB — w żółtaczce mechanicznej, w razie przedostawania się do krwi kwasów i barwników żółciowych; wzmożenie przedostawania się cholesteryny do krwi (podniesienie poziomu cholesteryny we krwi), rozwodnienie krwi *(hydraemia)*, obfite krwotoki — powodują przyspieszenie OB.

Wypada zaznaczyć, że w początku wielu ostrych chorób chirurgicznych, zarówno OB, jak i liczba leukocytów mogą być normalne.

W sprawach chorobowych już w pełni rozwiniętych, na podstawie odczynu Biernackiego można różnicować nowotwory złośliwe i łagodne, jeśli te ostatnie przebiegają bez niedokrwistości choroby serca, powstałe w przebiegu chorób zakaźnych, od zaburzeń czynnościowych serca, przy czym w tych ostatnich OB może być nawet zwolniony; organiczne schorzenia układu nerwowego (np. paraliż postępujący) od czynnościowych; gruźlicę płuc czy zapalenie płuc odoskrzelowe — od dychawicy oskrzelowej (astmy) lub alergicznego nieżytu oskrzeli; gruźlicę nerek od kamicy nerkowej itd.

Niektóre środki lecznicze mogą wpływać na przyspieszenie OB, np. obfite wlewki soli fizjologicznej, preparaty białkowe (tuberkulina, szczepionki, surowica), oraz alkalia (np. soda)

przyjmowane przez dłuższy czas. I odwrotnie, takie leki, jak: wapń, luminal, aspiryna, środki moczopędne — zwalniają szybkość opadania krwinek.

Zmniejszenie odczynu Biernackiego, zwolnienie opadu, obserwować można w okresie końcowych ciężkich, wyniszczających chorób, np. przy nowotworach złośliwych lub niewyrównanych wadach serca, w marskości wątroby, w żółtaczce mechanicznej, w niektórych stanach alergicznych, a także w razie zwiększenia lepkości krwi, w nerwicy wegetatywnej i in.

Niektóre choroby lub zaburzenia czynnościowe mogą nie powodować żadnej reakcji ze strony odczynu Biernackiego; do tych należą m. in. wyrównane wady serca oraz histeria i neurastenia. Jeśli schorzeniom tu wymienionym współtowarzyszy inne cierpienie, przebiegające z przyspieszeniem OB, wtedy oczywiście odczyn Biernackiego będzie przyspieszony.

Jeśli przyspieszenie odczynu Biernackiego narasta stopniowo, nasilając się równolegle do rozwoju sprawy chorobowej, to wysokie liczby OB otrzymane przy jednorazowym badaniu nie zawsze mówią nam o ciężkości procesu, bo jeśli gdziekolwiek w ustroju istniało ognisko odczynu zapalnego, to po jego likwidacji wysoki odczyn Biernackiego nie może odpowiednio szybko powrócić do normy. Z tego względu, jakaś ostra choroba zakaźna, względnie obostrzenie sprawy przewlekłej czy też uczynnienie się sprawy na pozór dawno wygojonej — znajdują wymowniejsze odzwierciedlenie w obrazie mikroskopowym krwi, natomiast skryte, przewlekłe infekcje (np. gruźlica płuc) łatwiej zarysowują się na tle przesunięć w wynikach badania odczynu Biernackiego. Wniosek stąd, że dla celów diagnostycznych badanie odczynu Biernackiego i obrazu mikroskopowego krwi stanowią wzajemne uzupełnienie.

Czynności narządu krwiotwórczego, jak wiemy z nauki *Pawłowa,* regulowana przez ośrodkowy układ nerwowy jest nader zmienna — labilna; różni ludzie w rozmaity sposób reagują na taki sam bodziec, albo też przeciwnie — reagują tak samo na bodźce zgoła różnorodne.

Za pomocą morfologicznej analizy krwi wnioskować można jedynie o sprawności czynnościowej samego układu krwiotwórczego. Reakcje na jakikolwiek bodziec szkodliwy dla jednego układu, w tym wypadku krwiotwórczego, nie upoważniają nas w ogólności, by je uważać za wyraz zdolności reagowania całego ustroju. Samej klinicznej analizy krwi z pominięciem innych metod diagnostycznych — nie można bezkrytycznie uważać za całkowicie wierne i zupełne odzwierciedlenie jakiejś trudnej do rozpoznania sprawy chorobowej.

Z powyższych względów trzeba być zawsze ostrożnym w ocenie wyników morfologicznego badania krwi — w tym, co się tyczy przebiegu choroby i rokowania, nawet pomimo opanowania umiejętności wyciągania prawidłowych wniosków z wyników badań morfologicznych krwi. Podkreślić bowiem trzeba, że poszczególne dane z analizy zależą zawsze i niewątpliwie od ogólnego stanu ustroju pacjenta w momencie pobierania krwi do badań, od stanu jego układu nerwowego, od warunków jego pracy, bytu, sposobu odżywiania, od jakości leków przyjmowanych przez niego ostatnio itd.

Poszczególne elementy klinicznej analizy krwi nawet zupełnie zdrowego ustroju podlegają pewnym, nieraz znacznym wahaniom, i to nie tylko w ciągu doby czy kilku dni, ale nawet w ciągu godzin: np. odsetek hemoglobiny, liczba krwinek czerwonych i białych we krwi obwodowej, względnie odczyn Biernackiego — mogą być rano niższe, aniżeli wieczorem.

Wacław Lietz

Wpłaty na prenumeratę przyjmują jedynie Urzędy pocztowe oraz listonosze miejscy i wiejscy. W związku z tym nie należy kierować zamówień i wpłat bezpośrednie do PPK RUCH.

Prenumerata kwartalna 4.50 zł. półroczna 9 zł. roczna 18 zł.

Należność za prenumeratę należy wpłacać do dnia 15 każdego miesiąca poprzedzającego okres zamawianej prenumeraty.

Zawiadamiamy naszych Czytelników, że archiwalne numery mies. „Pielęgniarka Polska“ z lat ubiegłych po zł. 1.50 do sierpnia r. ub. włącznie oraz nieoprawione roczniki za rok 1951 po 18 zł. można nabyć w Zarządzie Gł. Polskiego Czerwonego Krzyża, Warszawa, Mokotowska 14 za zaliczeniem pocztowym. Numery archiwalne począwszy od września 1952 r. wysyła PPK RUCH, Warszawa, Srebrna 12.

Dr ZYGMUNT OBRĘBSKI

Zakażenia przyranne

NAJWYŻSZYM celem, do którego dąży medycyna jest zapobieganie chorobom. Dotyczy to również zakażeń przyrannych.

Każdą nawet najmniejszą ranę należy jak najszybciej opatrzyć, nakładając na nią wyjałowiony opatrunek. Może to być opatrunek osobisty lub wyjałowiona gaza przymocowana przylepcem.

Pamiętać należy, że świeżej rany nie wolno dotykać nie tylko palcami, ale nawet narzędziami, że nie wolno przemywać rany żadnym płynem odkażającym ani wodą.

Palce nawet umyte są nosicielami zarazków. Płyny odkażające uszkadzają tkanki, stwarzając korzystne warunki dla rozmnożenia się drobnoustrojów. Woda nieprzegotowana lub nie dystylowana zawiera drobnoustroje, które mogą dostać się do rany. Kompres, położony na świeżą ranę, stwarza również doskonałe warunki dla rozmnożenia się bakterii.

Im szybciej na świeżą ranę nałożony będzie suchy, wyjałowiony opatrunek, tym większe są możliwości uniknięcia zakażenia rany.

Do zakażeń przyrannych zaliczamy: różę, tężec i zgorzel gazową.

RÓŻA

Róża *(erysipelas)* jest to ostre zapalenie skóry właściwej i tkanki podskórnej, wywołane przez paciorkowiec hemolizujący, który przez uszkodzony naskórek lub błonę śluzową przenika drogami chłonnymi do skóry właściwej i tkanki podskórnej.

Choroba rozpoczyna się nagle bólem głowy, uczuciem rozbicia, temperatura dochodzi do 40° i wyżej. Jednocześnie na skórze występuje ognisko oraz bolesność okolicznych gruczołów chłonnych.

Ognisko chorobowe jest silnie obrzęknięte, czerwone, o powierzchni lśniącej na skutek silnego napięcia.

Ucisk na ognisko chorobowe powoduje powstanie zagłębienia o zabarwieniu żółtym, które stopniowo ustępuje. Granice ogniska o konturach falistych, zaatakowanych są ściśle odgraniczone od skóry zdrowej. Ognisko zapalne wywołuje uczucie pieczenia i bólu.

Ognisko skórne rozszerza się, po 4 — 5 dniach zmiany najwcześniejsze blędną i zaczynają się złuszczać. Po kilku dniach samopoczucie chorego poprawia się. Po 7 — 14 dniach sprawa zapalna zazwyczaj lokalizuje się. Zdarza się czasem, że ognisko skórne szerzy się w jakimś jednym kierunku, przy czym zmiany najwcześniejsze ulegają likwidacji. Jest to tzw. róża pełzakowata (wędrująca), która nawet kilkakrotnie może obejść skórę całego ciała.

Ze skóry róża może się szerzyć na błony śluzowe. Szczególnie niebezpieczne jest zajęcie błony śluzowej gardzieli, gdyż obrzęk może tu spowodować zamknięcie światła krtani i uduszenie.

Przy dość silnych objawach zapalnych w naskórku mogą powstać drobne pęcherzyki wypełnione płynem surowiczym — róża pęcherzowa. Niekiedy powstają duże pęcherze, wypełnione krwistym płynem — róża krwotoczna. Jeżeli dojdzie do ropnego zapalenia tkanki podskórnej mamy wówczas postać róży ropowiczej. W szczególnie ciężkich przypadkach może dojść do martwicy skóry nawet na znacznej przestrzeni. Mówimy wówczas o róży zgorzelinowej.

Okoliczne gruczoły chłonne są zawsze powiększone, często bolesne, jednak nigdy nie dochodzi do rozpadu ropnego.

W ciężkim przebiegu róży występuje zamroczenie, majaczenie, czasem różne objawy oponowe, kiedyindziej białkomocz, miąższowe zapalenie nerek, zapalenie wsierdzia, zapalenie płuc, niekiedy zakrzepowe zapalenie żył kończyny dolnej. Spotyka się także zakrzepy w żyłach twarzy i w zatokach żylnych czaszki. Nieraz widzi się również zapalenie szpiku kostnego.

Zdarza się czasem, że w rozmaitych odstępach czasu róża pojawia się w tym samym miejscu (róża nawracająca), co powoduje trwałe rozszerzenie naczyń chłonnych z dużymi zmianami skóry. Zaatakowany narząd grubieje — powstaje tzw. słoniowacizna.

Róża skóry owłosionej doprowadza do prze-

mijającego łysienia; włosy wypadają w 8 — 12 tygodni od początku choroby.

Różę spotykamy we wszystkich klimatach, a przebieg jest wszędzie jednakowy, w częstości występowania płeć nie odgrywa roli. Natomiast wiek owszem. gdyż na różę częściej chorują starcy i dzieci.

W zwykłych warunkach zakaźność nie jest duża. Osobnicy z rozległymi ranami, oparzeniami, owrzodzeniami żylakowatymi oraz kobiety po porodzie wykazują dużą podatność na zakażenie.

Róża występuje najczęśniej na twarzy, bo w 75% zachorowań, szczególnie na nosie.

Rokowanie zależy od ogólnego stanu chorego. Wiek, choroby przemiany materii, (cukrzyca, otyłość), alkoholizm, choroby serca pogarszają rokowanie podobnie jak rozległość ogniska i obszar zajęcia błon śluzowych.

Róża nie pozostawia trwałej odporności na ponowne zakażenie. przeciwnie kto ją raz przebył — jest bardziej skłonny do powtórnego zachorowania.

Śmiertelność wynosi 0,5%.

Leczenie: penicylina w zastrzykach domięśniowych po 200 000 j. co 8 godzin przez 3 — 4 dni lub sulfonamidy co 3 godziny po 0,5 przez 3 — 4 dni, popijając za każdym razem pół szklanką płynu z dodatkiem pół łyżeczki sody oczyszczonej.

Miejscowo: zaczerwienione ogniska należy smarować maścią ichtyolową w celu zmniejszenia napięcia skóry. Na maść należy nałożyć opatrunek z wyjałowionej gazy, na to watę i zabandażować.

Szerzeniu się ogniska może przeciwdziałać jodynowanie skóry zdrowej na granicy zaczerwienienia pasem szerokości około 2 cm.

TĘŻEC

Tężec *(tetanus)* jest to zakażenie wywołane przez laseczki tężca, które wtargnęły do ustroju przez ranę. Zarazki tężca są beztlenowcami, wytwarzającymi zarodniki, żyją jako pasożyty (saprofity) w przewodzie pokarmowym zwierząt domowych (koni, krów, baranów). Z ich kałem dostają się do ziemi i tu w powierzchownych warstwach w postaci zarodników mogą przebywać bardzo długo nie tracąc żywotności.

Jeżeli zarodniki dostaną się do rany obficie broczacej krwią (a więc zasobnej w tlen), wówczas nie rozwijają się. Natomiast w ranach tłuczonych, miażdżonych, kłutych, szarpanych i postrzałowych — ubogich w tlen — zarodniki przemieniają się w laseczki, które wprawdzie rozmnażają się słabo, ale wydzielają jad, będący istotną przyczyną choroby.

Jad tężca ma szczególne powinowactwo do tkanki nerwowej i wzdłuż nerwów ruchowych przenika do rdzenia kręgowego, wywołując tam podrażnienie ośrodków ruchowych. Z prądem krwi i chłonki jad tężca dostaje się również do innych narządów.

Okres wylęgania tężca trwa od kilku godzin do 60 dni. Gdy objawy chorobowe występują w kilka godzin po zranieniu, to postać tę nazywamy t ę ż c e m g w a ł t o w n y m. Gdy objawy występują później, lecz nie w dłuższym okresie niż do 2 tygodni, to postać tę nazywamy t ę ż c e m w c z e s n y m. Jeżeli objawy chorobowe występują dopiero po 2 tygodniach od zranienia, to mamy do czynienia z późną postacią tężca.

Im wcześniej występują objawy, tym przebieg choroby jest cięższy. W postaci g w a ł t o w n e j i w c z e s n e j, po poprzedzających objawach ogólnego podrażnienia, bezsenności, bólach ciągnących mięśni, ciepłota ciała podnosi się do 39—40°, tętno wynosi 120 uderzeń na minutę. W okolicy rany występują pierwsze skurcze mięśni o charakterze skurczów tonicznych-tężcowych (skurcz długotrwały). Następnie kurczą się żwacze, co powoduje szczękościsk *(trismus)*. Chory nie może rozwierać szczęk, co przysparza trudności w jego odżywianiu. Skurcz mięśni twarzy nadaje wyraz drwiącego uśmiechu *(risus sardonicus)*. Później kurczą się mięśnie kręgosłupa, który wygina się łukowato ku przodowi. Chory leży opierając się na potylicy i pośladkach *(opistotonus)*. Mimo że mięśnie brzucha kurczą się również do granicy możliwości — nie mogą przezwyciężyć napięcia mięśni kręgosłupa.

Skurcze tężcowe występują napadowo.

Mięśnie stają się coraz bardziej pobudliwe, do tego stopnia, że każde podrażnienie , jak lekki dotyk, hałas, silne światło itp. powoduje wystąpienie nowego napadu skurczów.

Każdy napad skurczów poprzedzają krótkotrwałe drgawki, silne bóle mięśniowe, zaciskanie powiek, stawanie włosów (włosy jeżą się).

Powtarzające się skurcze obejmują coraz więcej mięśni, doprowadzając chorego do duszenia się z powodu skurczów szpary głosowej, mięśni klatki piersiowej i przepony.

Jeżeli chory przetrzyma atak, występują obfite poty. Jednak każdy napad może zakończyć się śmiercią na skutek uduszenia.

Ciepłota ciała przed śmiercią dochodzi do 44°. Śmiertelność w przypadkach tężca gwałtownego wynosi 100%, w przypadkach tężca wczesnego — około 80%.

Podczas całej choroby chory nie traci ani na chwilę przytomności.

Podobnie jak przy wściekliźnie na widok wody występują skurcze mięśni przełyku. Chory nie może łykać, pragnienie wzmaga się, przysparzając cierpień choremu.

Jeżeli objawy tężca występują po 2 tygodniach od chwili zranienia, a więc w późnej postaci choroby, skurcze mięśni ograniczają się do grup mięśni w okolicy rany. Nigdy nie dochodzi do skurczu mięśni oddechowych. Napady są rzadkie, a ciepłota ciała nie przekracza 38°. Postać ta łatwo podaje się leczeniu.

Późna postać tężca występuje zwykle wtedy, gdy zastosowano zapobiegawczo surowicę przeciwtężcową jednorazowo, a jad wytwarzany przez laseczki jest szczególnie silny.

W każdym przypadku zranienia, w którym możemy podejrzewać zakażenie tężcem, a więc gdy tylko była możliwość zetknięcia się rany z nawozem (w ogrodzie, na roli, na ulicy oraz w ranach miażdżonych, szarpanych, kąsanych, od pocisków rozrywających się) trzeba zapobiegawczo wstrzyknąć jak najprędzej, możliwie w ciągu 24 godzin od chwili zranienia 1 500 j. a. (jednostek amerykańskich) surowicy przeciwtężcowej (ampułka 5 ml), a następnie po upływie 7 dni zastrzyk powtórzyć.

Jeżeli ranny podejrzany o możliwość zakażenia tężcem trafi do nas po upływie 24 godzin od zranienia należy również wykonać zastrzyk z surowicy przeciwtężcowej (okres wylęgania bowiem wynosi do 60 dni).

Niektórzy autorzy niezależnie od surowicy przeciwtężcowej zalecają wstrzykiwać anatoksynę tężcową (jad, który poddany działaniu formaliny i ciepła utracił właściwości trujące, zachowując jednak zdolność wytwarzania przeciwjadów — antytoksyny).

Wówczas zastrzykuje się najpierw antytoksynę w ilości 1 ml, a po 15 minutach surowicę w inną okolicę ciała. Po 2 — 3 tygodniach wstrzykuje się powtórnie 2 ml anatoksyny bez surowicy.

Osobom szczególnie narażonym na zakażenie tężcem nawet bez zranienia zaleca się również zastrzyknięcie anatoksyny tężcowej, która ma uodporniać na tężec na okres 1 roku.

Ponieważ nie zawsze można się od chorego dowiedzieć, czy miał już kiedyś dawniej zastrzykiwaną surowicę, ażeby uniknąć wstrząsu uczuleniowego, należy zastrzyk wykonać sposobem Besredki, to znaczy wstrzyknąć 0,3 ml pod skórę, a po godzinie resztę — domięśniowo.

Leczenie polega na wycięciu rany w tkankach zdrowych bez względu na to, kiedy rana powstała. Chodzi o usunięcie laseczek tężca, które utrzymują się w ranie produkując jad.

Następnie wstrzykuje się surowicę przeciwtężcową domięśniowo, dożylnie i do kanału rdzeniowego w ilości po 20 000 — 30 000 j. a. codziennie oraz obstrzykuje się okolicę rany w ilości 3 000 — 4 500 j. a. na dobę.

Chory powinien być umieszczony w zaciemnionym, odosobnionym pokoju, by możliwie usunąć wszelkie bodźce wywołujące napady skurczów.

Ponieważ we śnie ataki skurczu nie występują, staramy się chorego możliwie długo trzymać w uśpieniu. W tym celu stosujemy lewatywę z wodanu chloralu (*chloral hydrat* 6,0—8,0 jednorazowo), luminal doustnie, niekiedy narkozę avertynową.

Szczególnie ważne zadanie w opiece nad chorym na tężec ma do spełnienia pielęgniarka. Ponieważ chory ani na chwilę nie traci przytomności, musi pielęgniarka zwracać uwagę, by rozmowy nie wpływały szkodliwie na psychikę chorego, zapewnić mu spokój przez niedopuszczenie do drażnienia go hałasem, światłem, niepotrzebnym dotykaniem.

W razie wystąpienia skurczów powinna pielęgniarka (na uprzednie zlecenie lekarza) natychmiast wstrzyknąć morfinę lub pantopon, skorzystać z przerw w napadach skurczów i w tym czasie karmić chorego. Pożywienie musi być płynne lub półpłynne ze względu na niemożność gryzienia (szczękościsk).

Jak w każdej chorobie zakaźnej podawać dużo płynów.

(d. c. n.)

Współczesne metody leczenia duru plamistego

DUR plamisty jest to ostra choroba zakaźna wywołana przez zarazek, noszący nazwę — od nazwiska swoich odkrywców — *rikettsja prowazeki.* Drobna, owalna pałeczka rozwija się tylko wewnątrzkomórkowo, a na człowieka zostaje przeniesiona przez wszy, głównie odzieżowe.

Po okresie wylęgania, od 5 — 21 dni, występują nietypowe zwiastuny choroby, które szybko przechodzą w obraz choroby właściwej. W ciągu 2 — 3 dni ciepłota ciała narasta i w 3 — 4 dniu osiąga swój najwyższy poziom. Czasem choroba zaczyna się ostro, wstrząsającymi dreszczami, silnymi bólami głowy, ogólnym rozłamaniem i ciepłotą, dochodzącą do 39 — 40°. Najczęściej w piątym dniu choroby zjawia się wysypka o charakterze plamisto-wybroczynowym i w ciągu 1 — 2 dni pokrywa tułów i kończyny. Stan ogólny chorego szybko ulega zachwianiu. Zjawia się zamroczenie, bezsenność, niepokój ruchowy, a często także objawy oponowe, co wskazuje, że zarazek ma duże powinowactwo do układu nerwowego. Stosunkowo szybko dochodzi do osłabienia narządu krążenia, zwłaszcza obwodowego, prowadząc czasem do zapaści. Z innych objawów na uwagę zasługuje bardzo duże wyniszczenie.

Po 11 — 14 dniach ciepłota spada do normy, bądź gwałtownie, bądź stopniowo i, jeśli nie ma powikłań, chorzy wracają powoli do zdrowia.

Dur plamisty jest chorobą bardzo ciężką. Znany był już w starożytności i do XIX w. utożsamiano go z durem brzusznym, jednak dzięki ustaleniu swoistych dla duru brzusznego zmian anatomo-patologicznych w jelitach zmarłych na dur brzuszny został od niego ostatecznie odróżniony.

Częste epidemie, szczególnie w czasie rozmaitych klęsk społecznych dziesiątkowały ludność i zmuszały do szukania ratunku w stosowaniu różnych prób leczenia, do niedawna czysto objawowego — dietą, wodolecznictwem, starannym pielęgnowaniem, środkami ogólnymi wzmacniającymi układ krążenia itd. Wszystko to jednak w przypadkach cięższych nie dawało pożądanego rezultatu.

Wysoki odsetek śmiertelności był nieustannym bodźcem do szukania nowych dróg, do próbowania nowych środków. Próbowano więc, również bezskutecznie, przetaczań plazmy, dożylnych wstrzykiwań stężonych roztworów glukozy i chlorku wapnia. Swoiste leczenie surowicą ozdrowieńców, zwierzęcymi surowicami odpornościowymi oraz wstrzykiwaniem własnego płynu mózgowo-rdzeniowego wydawało się mieć pewne korzystne znaczenie, późniejsze badania wykazały jednak, że i ono jest również nieskuteczne. Zaczęto więc stosować liczne środki chemoterapeutyczne — neosalwarsan przetwory rtęciowe, fuadynę, urotropinę, atebrynę i wiele innych. Nic z tego jednak nie zmniejszyło groźby choroby.

Wysiłki uczonych idą dalej. Sulfonamidy, a zwłaszcza penicylina znalazły zastosowanie w durze plamistym, ale tylko w leczeniu powikłań, głównie ze strony płuc. Streptomycyna natomiast, jakkolwiek zdradza pewien wpływ hamujący na wzrost *rikettsji* w zarodku kurzym, nie gra żadnej roli w klinice duru plamistego.

Uzyskanie skutecznej szczepionki przeciw durowi plamistemu (prof. *Weigl* — r. 1920) oraz wynalezienie ostatnio pewnych antybiotyków dopiero teraz usunęły widmo tej groźnej choroby.

W roku 1946 *Burkholder* wyodrębnił z ziem próchniczych grzybki *Streptomyces Venezuelae i Streptomyces Aureofaciens* i uzyskał z nich czynne antybiotyki — chloromycetynę i aureomycynę, które otwierają nową erę w leczeniu duru plamistego. Liczne prace doświadczalne i kliniczne dowiodły skuteczności tych antybiotyków w leczeniu duru plamistego, przy czym za lek najlepszy uważa się aureomycynę.

Na podstawie dość dużego materiału własnego możemy te dane potwierdzić.

Oba te antybiotyki stosuje się w kapsułkach żelatynowych, zawierających po 250 mg leku. Leczenie polega na podawaniu aureomycyny lub chloromycetyny co 2 godziny po 250 mg — aż do obniżenia się ciepłoty ciała do poziomu prawidłowego, później — przez 1 dobę — podaje się co 3 godziny po 250 mg, a następnie co 4 — 6 godzin po 250 mg — razem 12,0 g na całe leczenie (dorosłych).

Wyniki są nadzwyczajne. Czasem już po kilku godzinach od początku leczenia zaznacza się poprawa stanu ogólnego. Ciepłota ciała powraca do normy zazwyczaj już po 24 — 48 godzinach, bez obfitych potów, tak bardzo męczących chorego. Jednocześnie ze spadkiem ciepłoty szybko postępuje ogólna poprawa, a okres zdrowienia jest znacznie krótszy niż bez tego leczenia.

Jeżeli chodzi o mechanizm działania chloromycetyny, to zdania są podzielone: większość uważa, że wywiera ona tylko działanie rikettsjostatyczne, ale nie brak też zdań o jej wpływie rikettsjobójczym.

Zgodne są spostrzeżenia różnych autorów co do toksyczności leku. Do najczęstszych objawów toksycznych należą nudności, czasem wymioty i biegunki, zazwyczaj przejściowe i krótkotrwałe, co tylko w wyjątkowych wypadkach zmusza do odstawienia chloromycetyny względnie aureomycyny. Z innych objawów toksycznych należy wymienić wygładzenie języka, uczucie palenia czy pieczenia w jamie ustnej i żołądku. Objawy te są również tylko krótkotrwałe i przejściowe i nie męczą chorego. Czasem w leczeniu chloromycetyną obserwuje się przejściowy, kilkudniowy spadek ciśnienia tętniczego krwi, rzadziej — bezsenność względnie pewną euforię. Objawy psychiczne, jakie spotyka się czasem u leczonych chloromycetyną z powodu rozmaitych chorób zakaźnych, występują również i u chorych na dur plamisty. Ze względu na to, że w tych przypadkach — niezależnie od leczenia antybiotykami — stosunkowo często występuje duże podniecenie, zamroczenie, omamy itd. — trudno powiedzieć ile z tego kłaść trzeba na karb chloromycetyny. Zaburzenia psychiczne nie są jednak groźne i szybko ustępują.

Podawanie antybiotyku nie wpływa na obniżenie miana odczynów zlepnych z OX_{19} i *rikettsja prowazeki*, co ma dużą wartość kliniczną, gdyż nie zmniejsza możliwości diagnostycznych. Wszystkie opisane wyżej objawy toksyczne nie mają dla chorego większego znaczenia ujemnego i nie zmniejszają wartości tego leku.

Na podstawie różnych statystyk widać, że śmiertelność w durze plamistym była zawsze bardzo duża. U różnych autorów spotyka się mniejsze lub większe różnice, wszyscy jednak zgadzają się, że powyżej 60 roku życia odsetek śmiertelności dochodził do 100%. Na podstawie obszernego, aktualnego piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń, możemy stwierdzić, że a u r e o m y c y n a i c h l o r o m y c e t y n a s t a n o w i ą i s t o t n y p r z e w r ó t w l e c z e n i u d u r u p l a m i s t e g o. Dzięki tym antybiotykom udaje się uratować życie nie tylko ludziom młodym i w sile wieku, ale także starcom.

Aczkolwiek aureomycyna i chloromycetyna stanowią pierwsze skuteczne, przyczynowe leki w durze plamistym, nie wolno wszakże zaniedbywać leczenia czysto objawowego. Bardzo ważną rolę odgrywa staranne pielęgnowanie: zapobieganie odleżynom, higiena jamy ustnej, odpowiednia dieta bogata w witaminy — znakomicie wspierają leczenie antybiotykami. Środki wzmacniające układ krążenia zapobiegają zapaści; wszyscy chorzy na naszym oddziale w okresie gorączkowym otrzymują co 3 — 4 godziny — zależnie od wskazań środki takie, jak strychnina, kofeina, kortyna, koramina itp.

Trzeba pamiętać, że w przebiegu wszystkich chorób zakaźnych, a więc i duru plamistego występuje zubożenie ustroju w witaminy, szczególnie w witaminę C, podawanie zaś chloromycetyny może wywołać zaburzenia w syntezie witaminy B. Aby wyrównać deficyt, należy podawać odpowiednie ilości witaminy C i B nie tylko doustnie, ale także drogą pozajelitową.

Zrozumiałe, że w powikłaniach konieczne jest stosowanie odpowiedniego leczenia, jak np. przy zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych — odbarczających nakłuć lędźwiowych, zaś w zapaleniu płuc — penicyliny. W razie zjawienia się objawów osłabienia mięśnia sercowego i rozpoczynającej sę niewydolności krążenia trzeba niezwłocznie poddawać dożylnie strofantynę.

Jedynie skojarzone leczenie przyczynowo-objawowe może przynieść pożądany wynik w leczeniu duru plamistego — obniżyć odsetek śmiertelności do zera.

Na zakończenie podkreślić trzeba konieczność zapobiegania durowi plamistemu przez energiczne zwalczanie wszawicy, radykalne tępienie wszy — przenosicielki choroby, oraz przez uodpornianie za pomocą szczepionki Weigla.

Bronisława Migdalska-Kassurowa

Prof. dr STANISŁAW POPOWSKI

Szczepienia przeciwgruźlicze

SZCZEPIENIA ochronne przeciw gruźlicy bardzo skutecznie zmniejszają umieralność z powodu tej groźnej choroby i z tego względu przyjęły się szeroko w wielu krajach. Stosowane w ciągu ostatniego ćwierćwiecza szczepienia te zdobyły sobie najzupełniej zasłużone uznanie.

Sczepionka BCG *(Bacille Calmette-Guérin)* zawiera prątki gruźlicze typu bydlęcego, które — hodowane w ciągu kilkunastu lat na specjalnych pożywkach — z a t r a c i ł y w ł a ś c i w o ś c i c h o r o b o t w ó r c z e wobec ustroju ludzkiego, z a c h o w u j ą c jednocześnie z d o l n o ś ć w y t w a r z a n i a o d p o r n o ś c i w ustroju osobnika zaszczepionego.

Szczepienia BCG przeprowadza się w sposób dwojaki: albo drogą doustną, albo — doskórną.

Drogą doustną, jednorazowo, szczepi się noworodki w ciągu pierwszych 15 dni życia, w tym okresie bowiem prątki gruźlicze mogą jeszcze przeniknąć do ustroju z przewodu pokarmowego. Szczepionkę miesza się w ½ łyżeczki odciągniętego z piersi matki pokarmu i podaje przed karmieniem.

W wieku późniejszym wprowadza się szczepionkę jedynie drogą doskórną.

Konieczność szczepienia już noworodków wynika z tego, że przebieg zakażenia gruźliczego w pierwszym roku życia jest niezmiernie złośliwy. Gruźlica w ogóle nie szczędzi nikogo, ale szczególnie groźna jest dla niemowląt. Należy pamiętać, że na 100 niemowląt zakażonych gruźlicą w pierwszych trzech miesiącach pada ofiarą 69%, przy zakażeniu zaś w drugim kwartale — 51,9%. W żadnym wieku gruźlica nie zabiera tylu ofiar co właśnie wśród niemowląt!

Nic dziwnego więc, że masowe szczepienia przeciw gruźlicy powinny objąć przede wszystkim najmłodszych — niemowlęta. Trzeba rozwiać fałszywą legendę, że gruźlica jest chorobą dziedziczną. Noworodek przychodzi na świat wolny od gruźlicy, nawet jeśli jego matka choruje na nią. Zakażenie następuje po urodzeniu się dziecka, zaś źródłem zakażenia mogą być nie tylko rodzice, ojciec i matka, ale również inni domownicy, sąsiedzi, przyjaciele, którzy często wcale o tym nie wiedzą i dopiero później dowiadują się, że chorzy na gruźlicę płuc. Bardzo często przy masowych badaniach rentgenowskich różnych grup ludności pada rozpoznanie „gruźlica płuc niebezpieczna dla otoczenia", co nierzadko stanowi prawdziwą niespodziankę. niestety bardzo smutną, dla badanego.

Masowe szczepienia przeciwgruźlicze zmniejszają umieralność nie tylko wśród niemowląt; systematyczne, co parę lat powtarzane szczepienia dzieci i młodzieży przyczyniają się w ogromnej mierze do zmniejszenia umieralności także i w wieku późniejszym.

Szczepienia BCG chronią przed tragicznymi następstwami wszystkich postaci gruźlicy, między innymi zapobiegają gruźliczemu zapaleniu opon mózgowych, tej najstraszniejszej dla dzieci odmianie gruźlicy.

Szczepienia przeciwgruźlicze należą do największych zdobyczy współczesnej medycyny zapobiegawczej i nie ulega wątpliwości, że one właśnie wraz z szeroką rozbudową sieci poradni przeciwgruźliczych i zakładów leczniczych przyczynią się do zmniejszenia grozy gruźlicy jako choroby społecznej.

Stanisław Popowski



Przypominajcie matkom o konieczności okresowych badań dzieci!

B. S. ZAWADSKIJ

Badania rentgenologiczne

W LATACH poprzedzających Wielką Rewolucję Październikową gabinety rentgenologiczne należały w Rosji do wielkich rzadkości, z ich usług zaś korzystać mogli jedynie ludzie rozporządzający odpowiednimi środkami na opłacenie tego rodzaju badania. Dziś w Związku Radzieckim gabinety rentgenologiczne należą do wyposażenia nie tylko dużych zakładów leczniczych w wielkich miastach i ośrodkach prowincjonalnych, lecz powstają także coraz liczniej przy szpitalach wiejskich i obsługują bezpłatnie szerokie masy ludności.

Promienie rentgenowskie zostały odkryte w roku 1895 przez niemieckiego fizyka Röntgena i od jego imienia noszą nazwę promieni rentgenowskich.

Promienie rentgenowskie powstają przy przepuszczaniu prądu elektrycznego wysokiego napięcia przez zatopioną (zamkniętą) szklaną bańkę, z której usunięto powietrze. Promienie te obdarzone są charakterystyczną właściwością przenikania przez przedmioty nieprzenikliwe dla zwyczajnego światła widzialnego oraz działania na klisze i błony fotograficzne. W zwykłych warunkach promienie rentgenowskie są niewidzialne, ale padając na niektóre substancje chemiczne (np. platynocyjanek baru, albo siarczek cynku) wywołują ich świecenie (fluorescencję) słabym, zielonkawym światłem. Oprócz tego, promienie rentgenowskie wykazują pewne właściwości biologiczne, a mianowicie działają na żywe komórki organizmu.

Promienie rentgenowskie znajdują szerokie zastosowanie nie tylko do celów diagnostycznych i leczniczych, lecz także w wielu gałęziach nauki i techniki.

ZASADA PRZEŚWIETLEŃ

Zasada prześwietlania czy zdjęcia rentgenowskiego polega w gruncie rzeczy na tym, że rozmaite narządy i tkanki ustroju niejednakowo zatrzymują promienie rentgenowskie. Gdy promienie te przechodzą przez tkanki, cień na ekranie czy błonie będzie o tyle intensywniejszy, o ile bardziej są tkanki zbite. I na odwrót. Gęsty, silnie wysycony, intensywny cień dają np. kości, mniej intensywny — mięśnie, naczynia krwionośne, nerwy i skóra. Najsłabiej wysycony cień dają tkanki powietrzne — tchawica, oskrzela i pola płucne.

Przy prześwietlaniu czy na zdjęciu, na ekranie względnie na błonie fotograficznej, promienie rentgenowskie tworzą charakterystyczne obrazy, złożone z najrozmaitszych kombinacji cieni, różniących się między sobą kształtem i intensywnością wysycenia. Te cienie właśnie pozwalają na wyciąganie wniosków co do stanu poszczególnych narządów i tkanek.

Niektóre narządy jamy brzusznej, jak żołądek, wątroba, śledziona, zatrzymują promienie rentgenowskie w jednakowym stopniu i przy zwyczajnym badaniu rentgenowskim nie dają się odróżnić jeden od drugiego, ponieważ tworzą cienie o takim samym wysyceniu.

KONTRASTY

W związku z tym trzeba się uciec do wytworzenia sztucznych różnic w zdolności pochłaniania promieni rentgenowskich przez wymienione narządy — do metod wywoływania sztucznych kontrastów. Tak np. przed badaniem żołądka trzeba choremu podać „papkę barytową" (zawiesinę siarczanu barowego w wodzie), przed badaniem nerek trzeba wprowadzić do ustroju specjalny środek kontrastujący, dla zbadania tchawicy i oskrzeli — lipiodol itd.

Badanie rentgenologiczne ma niezwykle duże znaczenie. Znany rentgenolog radziecki, prof. *S. A. Reinberg*, mówi, że „badanie rentgenowskie — to jakby bezkrwawa i bezbolesna sekcja żywego osobnika". Prześwietlenie i zdjęcia rentgenowskie umożliwiają badanie czynności narządów i tkanek zmienionych chorobowo, pomagają w ustaleniu właściwego rozpoznania i pozwalają na śledzenie przemian w przebiegu sprawy chorobowej.

Wartość badania rentgenowskiego jest ogromna. Przyczynia się ono nieraz do ujawnienia jakiegoś skrycie przebiegającego lub dopiero rozpoczynającego się schorzenia, którego ani sam pacjent ani jego najbliższe otoczenie nigdy nawet nie podejrzewało. Dlatego też badanie rentgenowskie jest nieodzowne we wszelkich chorobach.

NARZĄD ODDECHOWY

W schorzeniach narządu oddechowego badania rentgenowskie może ujawnić gruźlicę płuc, nawet w początkowych okresach choroby, pomaga w stwierdzeniu obecności ropnia płuc, ogniska zgorzeli, rozedmy (rozdęcia) płuc, potwierdza rozpoznanie zwężeń względnie rozszerzeń (rozstrzeni) oskrzeli, łagodnych lub złośliwych guzów nowotworowych, bąblowca, zapalenia opłucnej itd. W przypadkach przenikających zranień klatki piersiowej badanie rentgenowskie pozwala na stwierdzenie obecności powietrza albo wysięku w jamie opłucnej, umożliwia dokładne zlokalizowanie obcego ciała metalowego w okolicy dotkniętej urazem.

SERCE

Badanie rentgenologiczne serca i wielkich naczyń krwionośnych uwidocznia położenie serca, jego kształt i wymiary, wielkość i przebieg tętnicy głównej (aorty) oraz innych wielkich pni naczyniowych. Przy wadach serca badanie rentgenowskie umożliwia lekarzowi dokładne sprecyzowanie charakteru choroby.

PRZEWÓD POKARMOWY

Dzięki kontrastującej zawiesinie barytowej, jaką pacjent wypija na czczo, na prześwietleniu i zdjęciach rentgenowskich otrzymuje się charakterystyczny obraz rzeźby błony śluzowej przewodu pokarmowego. Stwarza to możność rozpoznawania ewentualnych chorób przełyku, żołądka, dwunastnicy, jelita cienkiego i grubego, a w szczególności pozwala wykryć chorobę wrzodową, patologiczne zwężenia, łagodne i złośliwe guzy nowotworowe, polipy, przewlekłe zmiany zapalne, obce ciała itd. Przez wykazanie obecności wolnego gazu w jamie brzusznej względnie poziomów płynu w rozdętych pętlach jelitowych, badanie rentgenowskie umożliwia prawidłową ocenę stanu chorego w tak ciężkich cierpieniach, jak perforowany (przebity) wrzód żołądka lub dwunastnicy, względnie różnorodne niedrożności jelit.

BADANIA KOSTNE

Rentgenodiagnostyce zawdzięczamy ogromną pomoc w rozpoznawaniu i leczeniu rozmaitych urazowych uszkodzeń kości i stawów — w złamaniach i zwichnięciach. Badanie rentgenowskie w takich przypadkach daje dokładny obraz złamania i ustawienia odłamów kostnych, względnie przemieszczenia w przypadku zwichnięcia, a ponadto pomaga kontrolować losy złamania w toku dalszego leczenia.

Szczególnie cenna jest pomoc badań rentgenowskich w warunkach wojennych, kiedy ilość postrzałowych uszkodzeń kośćca niezmiernie wzrasta i zachodzi konieczność rozpoznawania i dokładnego określania nie tylko najrozmaitszych złamań postrzałowych, ale także ujawniania i lokalizowania ciał obcych — odłamków i pocisków.

Oprócz zmian urazowych w kościach i stawach, badanie rentgenowskie wykrywa rozmaite wrodzone i nabyte zniekształcenia kości, różnego rodzaju odczyny okostnowe, zapalenia szpiku kostnego (osteomyelitis), obecność martwaków kostnych, nowotworów kości, gruźlicy itd.

CIAŁA OBCE

Nieocenioną wartość mają promienie rentgenowskie dla wykazywania obecności i dokładnej lokalizacji ciał obcych w tkankach i narządach, do czego służą zdjęcia, wykonywane w rozmaitych projekcjach, względnie prześwietlenia pod ekranem. Warto jednak wspomnieć, że ani cząsteczki drewna, ani też odpryski zwyczajnego szkła nie dają się wykazać w obrazie rentgenowskim. Co się zaś tyczy obcych ciał metalowych, to nawet na tle tkanki kostnej widoczne są one bardzo wyraźnie.

Aby uwidocznić i zlokalizować jakieś ciało obce, które utkwiło w przełyku, podaje się pacjentowi najpierw gęstą papkę barytową, a następnie kilka łyków wody. Baryt z łatwością zmywa się z normalnej, nieuszkodzonej błony śluzowej przełyku, ale pozostaje na ciele obcym, dzięki czemu staje się ono widoczne pod ekranem względnie na zdjęciu rentgenowskim (np. drobna ość rybia).

BADANIA INNE

Szerokie zastosowanie znajduje badanie rentgenowskie w urologii (dziedzinie schorzeń narządów moczowo-płciowych). Tzw. urografia zstępująca (wydzielcza) polega na wprowadzeniu do ustroju — drogą injekcji dożylnej — nieszkodliwego dla organizmu kontrastującego związku chemicznego i uwidocznieniu w ten sposób najróżnorodniejszych nieprawidłowości rozwojowych nerek i moczowodów, zmian zapalnych guzów, przemieszczeń, złogów moczowych w miedniczkach, moczowodach i pęcherzu moczowym.

Przez wprowadzenie przed badaniem odpowiednich środków kontrastowych możemy wykazać na zdjęciach rentgenowskich obecność złogów w woreczku żółciowym i drogach żółciowych wątroby, uwidocznić najróżniejsze szczelinowate przewody i przetoki, skontrolować kanał kręgowo-rdzeniowy, stan mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych, drożność naczyń krwionośnych itd.

Badanie rentgenowskie oddaje także duże usługi w położnictwie, a mianowicie celem określenia stanu ciąży w II połowie, wykazania ciąży mnogiej, skontrolowania położenia płodu, co ma nieraz niezmiernie doniosłe znaczenie dla mającego się odbyć porodu.

Badanie rentgenowskie w ginekologii — tzw. metrosalpingografia — polega na wprowadzeniu do jamy macicy środka kontrastującego (lipiodolu) i wykonaniu szeregu zdjęć, które pozwolą rozpoznać śródmaciczne guzy nowotworowe, wadliwe położenia macicy, zaburzenia w drożności jajowodów itd.

Badanie rentgenowskie służy także i diagnostyce niektórych schorzeń oczu, a mianowicie pozwala wykryć obecność ciał obcych w gałce ocznej, albo rozpoznać guz w oczodole.

RENTGENOTERAPIA

Z dużym powodzeniem stosuje się promienie rentgenowskie w leczeniu niektórych chorób skóry, głównie grzybic, np. liszaja strzygącego. Bardzo dobre wyniki daje rentgenoterapia w czyraczności, w gruźlicy węzłów chłonnych, w gruźlicy krtani i pewnych gruźliczych zmianach kostnych; dalej w leniwie postępującym gojeniu się ran, w białaczce, ziarnicy złośliwej, chorobach gruczołów dokrewnych, w nowotworach złośliwych macicy, gruczołu piersiowego, kości, języka, jajnika, krtani, skóry itp.

PRZYGOTOWANIE OGÓLNE PACJENTA DO BADANIA

Przygotowanie chorego do badania rentgenowskiego — to obowiązek pielęgniarki. Jest to zadanie bardzo odpowiedzialne, bo jeśli pacjenci nie będą odpowiednio przygotowani do badania rentgenowskiego, badanie to nie da należytych wyników. Weźmy na przykład badanie rentgenowskie narządów jamy brzusznej: jeśli pozostawimy pacjenta bez oczyszczenia jelit, to obecne w nich gazy i masy kałowe swoimi nakładającymi się cieniami zaciemnia badaną okolicę i bardzo cenne badanie rentgenowskie okaże się bez użyteczne lub, co gorsze, doprowadzi do fałszywych wniosków.

Z tych powodów, zawsze przed rentgenoskopią (prześwietleniem) przełyku, żołądka i jelit, a także przed rentgenografią (zdjęciem) woreczka żółciowego, nerek, pęcherza moczowego, dolnych kręgów piersiowych i lędźwiowych oraz kości miednicy — trzeba bezwzględnie oczyścić choremu jelita.

W przeddzień badania rentgenowskiego, z wieczora, robi się choremu pierwszą lewatywę oczyszczającą, a w dzień badania, z rana, wykonuje się drugą (2—3 godziny przed badaniem). W razie, gdy zwykła lewatywa oczyszczająca pozostaje bez rezultatu, trzeba się uciec koniecznie do lewatywy „syfonowej".

Mając na uwadze, że przygotowanie pacjenta do badania rentgenowskiego stanowi bardzo ważny obowiązek, pielęgniarka nie powinna powierzać tej sprawy młodszemu personelowi; jeśli zaś już sama nie może wykonać lewatywy, to w każdym razie musi bezwzględnie sprawdzić, jaki skutek miała lewatywa, czy jelita zostały oczyszczone z mas kałowych i gazów, czy też nie.

Środków przeczyszczających, ani w przeddzień ani tym bardziej w dzień badania rentgenowskiego, choremu dawać nie wolno, dlatego, że środki te powodują z reguły znaczne wzdęcie, w następstwie czego normalny układ trzew w jamie brzusznej ulega zakłóceniu.

Badanie Rentgenowskie przewodu żołądkowo - jelitowego przeprowadza się na czczo. Z rana, w dzień badania, pacjentowi nie wolno spożywać żadnych posiłków, nie należy także palić, ponieważ nikotyna zawarta w tytoniu wzmaga wydzielanie soku żołądkowego i wywołuje kurcze mięśniówki żołądka.

Czasami zdarza się, że pomimo zupełnie prawidłowego przygotowania, w żołądku pacjenta stwarza się obecność obfitej płynnej treści, co oczywiście utrudnia badanie. W takich przypadkach, na zlecenie lekarza-rentgenologa, trzeba wypompować zawartość, aż do całkowitego opróżnienia żołądka. Z tego względu, odprowadzając chorego do gabinetu rentgenowskiego na badanie żołądka, pielęgniarka powinna mieć przy sobie w pogotowiu sondę dwunastniczą i strzykawkę.

Przy prześwietlaniu przewodu pokarmowego stwierdza się czasem spastyczny kurcz ściany przełyku lub żołądka, co stanowi dużą przyszkodę w badaniu rentgenowskim. W takich przy-

padkach trzeba koniecznie wyjaśnić charakter kurczu. W tym celu choremu wstrzykuje się pod skórę 0,5 — 1,0 ml roztworu siarczanu atropiny (*atropinum sulfuricum* 1:1000). Jeśli to jest skurcz czynnościowy — znika po atropinie.

Chory skierowany na badanie rentgenowskie samego przełyku musi być dokładnie tak samo przygotowany jak do badania żołądka, a to dlatego, że w trakcie badania przełyku, lekarz-rentgenolog ogląda również i żołądek, zwłaszcza w przypadkach zwężeń, owrzodzeń lub guzów w okolicy wpustu.

Pielęgniarka powinna wiedzieć, że nie wolno kierować pacjenta do prześwietlenia, ani do zdjęcia rentgenowskiego, bezpośrednio po napromienianiu lampą kwarcową, choćby nawet na skórze nie było śladu rumienia (zaczerwienienia).

Nie wolno kierować na rentgenowskie zdjęcia okolic miednicy (kości miednicy i kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy) kobiet w pierwszych tygodniach ciąży.

Chorego po krwotoku z wrzodu żołądka nie można kierować do rentgenowskiego badania przewodu pokarmowego wcześniej, niż w 14 dni, przy czym należy uprzednio przeprowadzić jeszcze badanie kału na obecność krwi utajonej, co stanowi najpewniejszy dowód ustąpienia krwawień.

ASYSTA PRZY BADANIU RENTGENOWSKIM

Przed skierowaniem do badania rentgenowskiego chorego z oddziału psychiatrycznego, pielęgniarka powinna z nim zawczasu ostrożnie porozmawiać; wyjaśnić mu po co ma pójść do gabinetu rentgenowskiego, aby tamtejsze urządzenia (ciemność, czerwone światło, ekran itp.) nie wywołały w chorym uczucia strachu, albo innych nieprzyjemnych wrażeń.

Jeśli badanie rentgenowskie jakiegoś niespokojnego chorego wyznaczone jest na ściśle określony termin, należy go skierować do gabinetu rentgenowskiego dopiero po podaniu środka uspokajającego albo nawet narkotyku (to ostatnie — na zlecenie lekarza leczącego).

Za zasadę trzeba przyjąć, by chorzy schodzili do gabinetu rentgenowskiego zawsze w towarzystwie pielęgniarki odcinkowej, ponieważ w gabinecie rentgenowskim może pogorszyć się stan każdego chorego, i to zarówno przed, jak i podczas badania, a w związku z tym może zajść potrzeba udzielenia natychmiastowej pomocy ze strony pielęgniarki. Szczególnie troskliwej opieki wymagają chorzy osłabieni, cierpiący na schorzenia układu sercowo-naczyniowego, na chorobę nadciśnieniową, z niedowładem kończyn, psychicznie chorzy itp.

Zgodnie z nauką akademika *I. P. Pawłowa* o hamowaniu ochronnym, pielęgniarka powinna zawsze pamiętać, że jak w ogóle przy leczeniu i pielęgnowaniu chorych, tak w szczególności towarzysząc choremu w drodze do badania rentgenowskiego i w samym gabinecie rentgenowskim trzeba postępować i rozmawiać z pacjentem niezwykle ostrożnie, aby nie wzbudzić w nim niepokoju, a nawet przeciwnie — wpłynąć kojąco i dbać o spokój jego psychiki. W pogawędkach z chorymi na temat ich schorzeń, wykonywanych badań itp. pielęgniarka powinna się wystrzegać takich słów i określeń, któreby mogły zakłócić spokój chorych, a tym samym pogorszyć ich stan i opóźnić wyleczenie.

Na chorych specjalnie wrażliwych i uważnych bardzo nieprzyjemnie przy badaniu rentgenowskim wpływa polecenie włączenia względnie wyłączenia prądu elektrycznego. Z tego względu pożądane jest zastąpienie słownego polecenia o wyłączeniu lub włączeniu prądu umówionym dźwiękiem, a jeszcze lepiej wprowadzenie sygnalizacji świetlnej. Sprawą bardzo ważną, bo chroniącą spokój chorego w czasie badania rentgenowskiego jest ściśle przestrzeganie omówionych wyżej zasad postępowania i zachowywania w gabinecie zupełnej ciszy.

Tłum. z jęz. ros. dr L. W.

KOLEŻANKI!

nadsyłajcie do Kroniki wiadomości z terenu Waszej pracy

Wybory związkowe masową akcją polityczną

W Związku naszym, tak jak we wszystkich związkach zawodowych w Polsce, przebiega obecnie wielka kampania sprawozdawczo-wyborcza, podczas której podsumowuje się uzyskane osiągnięcia, przeprowadza się analizę i krytykę dotychczasowej pracy związkowej oraz dokonuje się wyboru nowych władz związkowych.

Pragnąc skoordynować przebieg akcji wyborczej w całym kraju, Zarząd Główny Zw. Zaw. Prac. Sł. Zdrowia zorganizował naradę przewodniczących, sekretarzy oraz czołowych aktywistów wszystkich zarządów okręgowych Związku. Podczas narady obecni przeanalizowali dotychczasowy przebieg wyborów w grupach związkowych, podzielili się zdobytym dodoświadczeniem oraz otrzymali wytyczne i instrukcje do przeprowadzenia wyborów w radach miejscowych.

Zasadniczy referat, poświęcony analizie przebiegu wyborów w ZZPSZ, wygłosił przewodniczący Związku, tow. dr *A. Fiderkiewicz.* W dyskusji, jaka wywiązała się po referacie, przedstawiciele wszystkich okręgów podzielili się spostrzeżeniami z przebiegu akcji sprawozdawczo - wyborczej oraz omówili swoje dotychczasowe osiągnięcia i błędy popełnione w tej akcji.

Wybory nowych władz w organizacjach związkowych nie są — jak powiedział tow. Fiderkiewicz — jedynym celem naszej obecnej akcji wyborczej. Wybory tegoroczne są również wielką, masową akcją polityczną.

Członkowie Związku powinni zdawać sobie sprawę, że po zniszczeniu naszego kraju, budujemy nowe domy, szkoły, fabryki, szpitale, sanatoria, ośrodki zdrowia, świetlice i domy kultury dla szerokich mas pracujących. Rozwijamy wciąż ubezpieczenia społeczne, bezpłatne lecznictwo i wczasy pracownicze. Dzięki awansowi społecznemu i pracy nad sobą wielu pracowników zdobyło możność osiągnięcia wyższego stanowiska. Rozbudowaliśmy szeroko opiekę nad matką i dzieckiem, mamy ochronę zdrowia i pracy i wiele innych osiągnięć w budującej socjalizm Polsce, które właśnie podczas akcji wyborczej należy podkreślać, przeciwstawiać oszczerczym plotkom wroga klasowego. Zarówno referat tow. przewodniczącego, jak i wypowiedzi dyskutantów wykazały, że na upolitycznienie akcji wyborczej położono w terenie zbyt mały nacisk. Mężowie zaufania we wszystkich prawie okręgach, poza jednym olsztyńskim, nie nadali swoim sprawozdaniom wyraźnie politycznego oblicza. Nie podkreślili dostatecznie osiągnięć związków zawodowych, nie oparli się w dostatecznym stopniu na przebogatych materiałach XIX Zjazdu KPZR. Zbyt mało uwagi zwrócili także na działalność wroga klasowego, starającego się uniemożliwić realizację naszych wielkich planów społecznych i gospodarczych. Aby uniknąć powtórzenia tych błędów, należy zwrócić szczególną uwagę na zespołowe, lepsze opracowanie sprawozdań ustępujących zarządów.

Podczas tegorocznych wyborów przeprowadza się wielką akcję werbunkową, aby objąć wszystkich pracowników służby zdrowia, którzy dotąd pozostają jeszcze poza związkiem. Akcja werbunkowa powinna zrealizować hasło „wszyscy pracownicy służby zdrowia w szeregach ZZPSZ".

Po podsumowaniu dotychczasowego przebiegu akcji wyborczej Zarząd Główny ZZPSZ i aktyw okręgów stwierdzili, że przebiega ona dużo sprawniej niż w latach ubiegłych. Mimo osiągnięć są również pewne trudności, do tych należałoby zaliczyć m. in. brak w wielu okręgach ścisłej współpracy z właściwymi wydziałami zdrowia. Niektóre wydziały zdrowia interesują się wprawdzie przebiegiem wyborów związkowych, jednak w większości zarządy okręgów napotykają na brak zainteresowania i pomocy ze strony czynników administracyjno - samorządowych.

Innym uchybieniem tegorocznej akcji wyborczej jest niedocenianie pracy kulturalno - oświatowej. Nie wszędzie jeszcze świetlice i sale, gdzie odbywały się wybory, udekorowano aktualnymi hasłami, planszami, gazetkami ściennymi i „Błyskawicami". Za przykład należałoby tu postawić Okręg Lubelski, gdzie w wielu społecznych zakładach służby zdrowia, jak np. w Szpitalu Powiatowym w Puławach, sale właściwie przystrojono, a przez radiowęzeł nadawano specjalne, mobilizujące audycje. Gdzie niegdzie, np. w Okręgu Koszalińskim wykorzystano również zespoły artystyczne.

Tow. Grabski, przedstawiciel KC PZPR, wezwał zarządy okręgów do utrzymywania ścisłej współpracy z ORZZ-ami i Komitetami Wojewódzkimi PZPR: podkreślił również konieczność walki o wzmocnienie autorytetu Związku i jak najszersze szkolenie ideologiczne, które podnosząc poziom polityczny pracowników ułatwia pracę zawodową.

Sekretarz Zarządu Głównego ZZPSZ, tow. M. Godlewski, podał zebranym wytyczne do dalszego przeprowadzenia akcji sprawozdawczo-wyborczej. W myśl tych wytycznych należy — jak powiedział tow Godlew-

jak najszerzej wciągnąć do pracy przy wyborach do rad miejscowych nowowybrany aktyw grup związkowych, przy czym szczególną uwagę winno się zwrócić na organizatorów kulturalno-oświatowych. Ustępujące rady miejscowe powinny kolektywnie przygotować sprawozdania oraz przedstawić zarządom okręgów dokładny plan i daty wyborów. Sale, w których odbywać się będą wybory trzeba bezwzględnie udekorować aktualnymi hasłami, gazetkami itp. W celu dokładnego zobrazowania przebiegu wyborów każda rada powinna z góry wyznaczyć protokolanta, który opracuje dokładny i przejrzysty protokół.

Dzięki zapoznaniu zarządów okręgów z przebiegiem wyborów do władz ZZPSZ w całym kraju, akcja sprawozdawczo - wyborcza przebiegać będzie jeszcze sprawniej niż dotychczas, a hasła walki o wykonanie planów i o usprawnienie pracy we wszystkich dziedzinach i na każdym szczeblu zawodowym, gospodarczym i kulturalnym zostaną całkowicie zrealizowane.

(ra)

Koresp0ndenci piszą...

... z Prabut

W Prabutach, w woj. Olsztyńskim mieści się Sanatorium Przeciwgruźlicze, które zdobyło Proporzec Przechodni Zarządu Głównego ZZPSZ oraz nagrodę na cele kulturalno - oświatowe i socjalne w kwocie 5.000 zł.

Akademia, która się odbyła w związku z uroczystością wręczenia Proporca i nagród, zgromadziła w świetlicy Sanatorium pracowników, przedstawicieli kuracjuszów oraz przedstawicieli władz z Warszawy, Otwocka (skąd przeszedł Proporzec) i Olsztyna.



Przekazanie Sanatorium w Parabutach Proporca Przechodniego.

Przedstawiciel Rady Miejscowej ZZPSZ mówił w swym referacie o udziale załogi w akcjach ogólnokrajowych, jakimi żyła w ubiegłym roku Polska Rzeczpospolita Ludowa oraz omówił osiągnięcia współzawodnictwa, dzięki któremu Sanatorium wykonało plan roczny w 126,5%, a w którym udział brało 353 osób. Szeroko także poruszono w wygłoszonym referacie sprawę szkolenia personelu. Akcją szkoleniową zostały objęte 72 salowe i wiele innych pracowników fizycznych, którzy ukończyli kursy sanitarne PCK, 12 pielęgniarek ukończyło kurs w zakresie laboratorium analitycznego, 320 osób ukończyło kurs ideologiczny, a 25 osób szkołę podstawową. Jak więc widać, personel nie tylko dobrze i wydajnie pracuje, ale chętnie uzupełnia wiadomości i podnosi swe kwalifikacje.

Po przemówieniach przedstawicieli władz, którzy podkreślili harmonijną współpracę wszystkich ogniw tego dużego zakładu, nastąpiła część artystyczna, przygotowana przez młodzież Sanatorium.

Warto wspomnieć o występie młodszej pielęgniarki, T. Horoszkiewicz, posiadającej bardzo dobry głos. Kolacja i wesoła zabawa zakończyły tę uroczystość.

Droga Redakcjo, będąc świadkiem wyżej opisanej uroczystości, pragnę podzielić się z Czytelnikami swoimi wrażeniami z krótkiego pobytu w Sanatorium prabuckim.

Moją uwagą i szczególnym zainteresowaniem obdarzałem tamtejszą młodzież, młodzież pełną dynamizmu i radości, wychowaną przez Polskę Ludową i ZMP, młodzież, która w swoje ręce ujęła życie kulturalno-oświatowe w tym zakładzie, która nie tylko bawi się w świetlicy i tańczy, ale młodzież mająca za sobą zredagowanie 16-tu gazetek ściennych, wyczyny sportowe, dekoracje świetlicy, organizacje noworocznej choinki, młodzież która swym stylem pracy i postawą wpływa na resztę załogi, swym entuzjazmem porywa ją za sobą.

Przewodnicząca ZMP, liczy dziś niespełna 19 lat, ma już za sobą pracę w żłobku przy Spółdzielni Produkcyjnej „Podzamcze" i ukończony kurs Młodszych Pielęgniarek PCK w Kwidzyniu. Ona to właśnie zaopiekowała się nami od chwili przyjazdu, nakarmiła nas i wyręczyła dyrektora oraz przełożoną pielęgniarek — pokazała nam cały zakład.

Jestem w jej pokoiku w domu pielęgniarek. Na ścianie w ładnych ręcznie wykonanych z papieroplastyki ramkach portret Stalina, na stoliku radio, na półce książki.

— Mną kieruje organizacja ZMP-owska — mówi m. in. kol. Janina Orzechowska — ona mnie wysłała na kurs pielęgniarstwa, ona mi dawała i daje nastawienie ideologiczne.

— A co was skłoniło do pracy w Służbie Zdrowia? Czy to był przypadek?

— Mając lat 13 leżałam przez pewien czas w szpitalu. Obserwowałam pracę pielęgniarek, ich stosunek do chorych i przywiązanie do zawodu. Już wówczas postanowiłam zostać pielęgniarką. Nie, to nie był przypadek.

— Czy jesteście zadowolona ze spełnienia się tych marzeń?

— O tak! Ale przyznam się, że kiedy przydzielono mnie do sanatorium (maj 1950) nie miałam łatwego życia. Były tu jeszcze siostry zakonne, próbowały wciągnąć mnie do swego otoczenia i przelać na mnie swój stosunek do świata. Przechodziłam wewnętrzną walkę. Ale miałam inne poglądy niż one, mnie wychowało ZMP. Nie poddałam się. Po skończeniu zajęcia szłam do świetlicy do koleżanek. Rzuciłam się w wir roboty organizacyjnej. Zaczęto patrzeć na mnie z ukosa, dokuczano, czasem kpiono.

— Z czyjej strony spotykaliście się z przykrościami?

— Czasem ze strony oddziałowych, tego lub innego lekarza, ale to wszystko jest za mną. Kiedy zostałam przewodniczącą ZMP, koło liczyło 43 członków, a dziś jest nas 83 i 10-cioro czeka na przyjęcie.

— Czy nie mieliście poparcia w swej pracy?

— Ależ przeciwnie! Sekretarz Podstawowej Organizacji Partyjnej PZPR zawsze bywa na naszych zebraniach, z nim uzgadniamy wszelkie akcje. Reszta personelu po pewnym czasie także uznała naszą pozytywną pracę. Właśnie pracą wywalczyliśmy sobie odpowiednią pozycję w zakładzie. Stosunki stają się w naszym zespole coraz lepsze.

* * *

Na 360 pracowników jest tu chyba przeszło 300 kobiet, a z tego 200 osób stanowi młodzież. Dyrektorem Sanatorium jest dr S. Galuba człowiek młody duchem, który umie znaleźć wspólny język z młodzieżą i jest jej najlepszym doradcą.

* * *

Z okazji uroczystości wręczenia proporca przesunięto do wyższych grup uposażenia 54 osoby, 24 otrzymało nagrody od 100 do 150 zł, a Zarząd Główny ZZPSZ odznaczył dyplomami za pracę społeczną i zawodową: pielęgniarkę dyplomowaną ob. H. Bruzdę, majstra S. Kroplewskiego, inż. K. Wojciechowskiego, dr H. Kuligowską i młodszą pielęgniarkę J. Orzechowską.

Proszę Redakcję o jak najmniejsze skreślenie, a zwłaszcza w części odnoszącej się do młodzieży. Może ten list będzie zachętą dla innych organizacji ZMP w naszych zakładach służby zdrowia do napisania o sobie.

E. G.

KRONIKA
z Kraju

Inowrocław

W Szpitalu Miejskim w Inowrocławiu zakończono 9-miesięczny kurs Młodszych Pielęgniarek PCK. Kurs zorganizował personel pielęgniarski i lekarski Szpitala w ramach zobowiązań dla uczczenia święta PKWN.

Na kurs uczęszczali pracownicy Szpitala i lecznictwa otwartego w Inowrocławiu. Egzamin końcowy zdało 25 słuchaczów, z tego z wyróżnieniem: **Aldona Czerwińska, Maria Lochman, Elżbieta Smółka, Sabina Poćwiardowska, Bronisława Michalak, Bronisława Pilarowska. Kazimiera Skrzydlewska.** Absolwenci ci otrzymali nagrody książkowe.

Dyrektor Szpitala, dr **Józef Wojciechowski,** wicedyrektor, **Alojzy Krupiński,** i przełożona pielęgniarek, **Jolanta Olszak,** otrzymali za zorganizowanie i dobre przeprowadzenie kursu odznaki honorowe PCK III stopnia.

Łódź

Wytwórnia Filmów Oświatowych, Łódź, ul. Kilińskiego 210, wyprodukowała film naukowy z dziedziny chirurgii pt. „Zewnątrzopłucna odma". Reżyserem filmu jest ob. Maciej Sieński, zaś zdjęć dokonał ob. Wawrzyniak. Autorem scenariusza filmu i doradcą naukowym i chirurgiem operującym jest Doc. dr. Wit Rzepecki. Współpracował w układaniu scenariusza Doc. dr. Marian Zierski.

Film przedstawia przebieg operacji odmy zewnątrzopłucnej, zapoznając widza z przygotowaniem przedoperacyjnym, znieczuleniem, z techniką operacyjną i leczeniem pooperacyjnym. Stronę dźwiękową filmu stanowi wykład, który w przystępnej, ale nie popularnej formie omawia treść filmu. Bardziej zawiłe szczegóły techniczne pokazane są w postaci rysunków, tzw. trickowych. Długość filmu wynosi około 1400 metrów, zaś czas wyświetlania — około 50 minut.

Film ten ma stanowić pomoc naukową dla towarzystw lekarskich i chirurgicznych, dla studentów A. M., dla pielęgniarek i felczerów. Jest to pierwszy dźwiękowy film chirurgiczny, wyprodukowany przez Film Polski.

Wyposażeniem filmu zajmuje się Film Polski, informacji zaś udziela Wytwórnia Filmów Oświatowych, Łódź, Kilińskiego 210, względnie Centralny Zarząd Kinematografii, Warszawa, ul. Puławska. Film należy wyświetlać dobrym projektorem z pełną aparaturą dźwiękową w lokalu o dobrej akustyce.

Kraków

Spółdzielnie produkcyjne, PGR i POM woj. krakowskiego są systematycznie odwiedzane przez ekipy lekarsko-pielęgniarskie, składające się z pracowników szpitali krakowskich. We wszystkie niedziele 20 ekip lekarsko - pielęgniarskich wyjeżdża na wsie, w których prowadzą badania masowe, udzielają porad lekarskich oraz wykonują zabiegi i szczepienia profilaktyczne, nawiązując jednocześnie bliski kontakt z miejscową ludnością.

ZSRR.

W rb. zorganizowano w Związku Radzieckim kilka nowych szkół pielęgniarstwa, m. in. w Zachodniej Ukrainie (Okręgi Lwów, Stanisławów, Czerniowce,) a ponadto w Kazachstanie i Uzbekistanie.

W niektórych szkołach felczerskich otworzono nowy wydział dla techników: montowania i remontów aparatów Rentgena oraz aparatów fizjoterapeutycznych.

Zgłoszenia kandydatów do wszystkich szkół medycznych zarówno wyższych, jak i średnich są bardzo liczne i przewyższają kilkakrotnie liczbę miejsc w uczelniach tego typu.

* * *

Akademie Nauk Medycznych ZSRR interesują się specjalnie zdrowotnymi wa runkami pracy na wielkich budowlach komunistycznych. W ciągu ostatnich dwóch lat organy ochrony zdrowia oraz instytuty nau kowo - badawcze zebrały ogromny materiał doświadczalny i przekazały wyniki swej pracy do zastosowania w praktyce.

Ostatnio odbyła się konferencja w Aschabadzie, w której wzięli udział wybitni uczeni z większych ośrodków naukowych w ZSRR. Głównym zadaniem i celem konferencji było zorganizowanie dla robotników, zajętych przy pracach na trasie kanału lub innych wielkich budowlach takiej opieki lekarskiej, jaką mają pracownicy w całym Związku Radzieckim. Jednym z ważnych punktów programu było omówienie zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych. Postanowiono wzmóc pracę oświatowo - sanitarną i rozprowadzić w znacznie szerszym zasięgu wydawnictwa popularno - medyczne, niezależnie od stale wydawanych przez Akademię serii książek pod ogólnym tytułem „Pomoc medyczna dla budowniczych wielkich budowli komunistycznych".

ALBANIA

Władze państwowe Albanii poświęcają w ostatnich latach dużo uwagi walce z chorobami zakaźnymi. W miastach zorganizowano sieć stacji sanitarno - epidemiologicznych, które prowadzą na szeroką skalę akcję przeciw szerzeniu się chorób zakaźnych. Celem zwalczania duru brzusznego i dyfterytu wprowadzono obowiązkowe szczepienia ochronne. Prace te dały już widoczne dobre wyniki, gdyż w ciągu 8 miesięcy rb. zachorowalność na dur brzuszny spadła o 44 proc., a dyfterytu o 35 proc. w porównaniu z odpowiednim okresem roku ubiegłego.

BUŁGARIA

Troskę państwa o zdrowie ludności wiejskiej najlepiej potwierdzają następujące dane: we wsiach otworzono 120 szpitali rejonowych, 631 izb porodowych, 130 aptek oraz ponad 1.100 punktów aptecznych. Liczba lekarzy wiejskich wzrosła dwukrotnie. Zachorowalność na dur brzuszny zmniejszyła się 10-krotnie, na malarię — stokrotnie, a na gruźlicę dwukrotnie. Śmiertelność dzieci znacznie się obniżyła, a przyrost ludności w porównaniu z rokiem 1939 był w roku 1950 o 60 proc. większy.

RUMUNIA

Również rumuńskie władze rządowe przejawiają wielką troskę o ochronę zdrowia i poprawę warunków sanitarnych ludności wiejskiej. Na wsiach rozmieszczono około 2.500 przychodni około 20.000 punktów sanitarnych, i ponad 1.000 izb porodowych. Zorganizowano setki ruchomych stacji profilaktycznych, które w ciągu ostatnich 2 lat wykonały ponad 160.000 różnego rodzaju szczepień ochronnych.

Ekipy sanitarne docierają do miejscowości najbardziej nawet odległych od większych miast. W wyniku tych prac prawie zupełnie zlikwidowano malarię i dur plamisty. Śmiertelność niemowląt zmalała prawie dwukrotnie w porównaniu z rokiem 1938.

Nie poprzestając na dotychczasowych osiągnięciach, władze państwowe przeznaczają duże sumy na dalszą rozbudowę sieci szpitali wiejskich, sanatoriów, przychodni itp.

CO CZYTAĆ

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI NR 41

A. MIGDAŁ i H. KAŁUŻYŃSKI — **Próby leczenia chorób alergicznych skóry nitrogranulogenem.**

Autorzy stwierdzają, że w etiologii i patogenezie różnych jednostek chorobowych nie można pominąć podłoża uczuleniowego. Dziedziczność jest jednym z czynników sprzyjających rozwojowi tego stanu, aczkolwiek nie dziedziczy się stanu uczulenia na jakiś określony alergen, lecz jedynie skazę uczuleniową. Wśród innych czynników należy wymienić układ nerwowy, zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych, wreszcie ukryte ogniska zakaźne, przebyte choroby zakaźne oraz zaburzenia przemiany materii. W omawianej pracy autorzy zajęli się omówieniem choroby alergicznej skóry i metodami jej leczenia takimi środkami jak antystyna, benadryl i iperyt azotowy.

L. LAKMER i M. GONDZIK — **Leczenie chorób jamy ustnej owodnią.**

Autorzy przedstawiają próby leczenia chorób jamy ustnej przez wszczepienie tkanek: w opisywanych przypadkach — zastosowanie owodni pobranej z łożyska zdrowych matek, a następnie chemicznie konserwowanej.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI Nr 42

M. SEMERAU - SIEMIANOWSKI. — **Współczesne ujęcie kliniczne różnych postaci krwotoczności.** (dokończenie pracy w nr 43 P.T.L.).

We wstępie autor uzasadnia, że nazwa „krwotoczność" jest odpowiedniejsza, aniżeli nazwa „skazy

krwotoczne" i tego mianownictwa używa w swej pracy, w której opisuje 3 główne typy krwotoczności: a) niedokrzepliwa (hemofilia), b) płytkowo-pochodna, c) naczyniowo-pochodna oraz podaje charakterystyczne objawy tych schorzeń i ich leczenie.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI Nr 44

WŁ. OLESIŃSKI — **Leczenie ostrych krwotoków żołądka i dwunastnicy.**

Choroba wrzodowa powoduje często silne krwotoki żołądka i dwunastnicy, wymagające opieki szpitalnej. Autor podaje stosowane obecnie metody leczenia na podstawie obserwowanych przypadków.

J. WŁODARSKA w artykule pt. **Przywracanie czynności ustroju w stanach ciężkiego wstrząsu pokrwotocznego** przedstawia wyniki dotętniczego przetaczania krwi.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI NR 45

DR H. LISIECKA ADAMSKA — **O udziale chorób dróg żółciowych w etiologii cukrzycy** (dokończenie w Nr. 46).

Opierając się na spostrzeżeniach 440 przypadków oraz na piśmiennictwie badaczy polskich i zagranicznych, autorka podaje, że w przebiegu cukrzycy spotyka się często choroby wątroby. Na cukrzycę chorują rzadziej mężczyźni niż kobiety.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI NR 46

DR I. DZIACZKOWSKI — **Znieczulenia połączone.**

Połączenie narkozy eterowej z miejscowym znieczuleniem nowokainą daje bardzo dobre wyniki, które autor stwierdził w 839 przypadkach. Między innymi autor przytacza wypowiedź prof. Wiszniewskiego: „Umiejętność operowania i umiejętność znieczulania nie powinny być oddzielone od siebie".

DR J. JANIGA — **Zespół porezekcyjny.**

Zespół porezekcyjny występujący w granicach 6—38% po wycięciu części żołądka znacznie upośledza zdolność operowanych do pracy, na skutek silnych bólów, bicia serca, nudności itp. po spożyciu posiłków. Autor zaleca stosowanie leczenia dietetycznego i sanatoryjnego.

DR M. BIEHLER — **Wstrzykiwanie niemowlętom krwi w przypadku ciężkich wymiotów.**

Opierając się na obserwacji 58 przypadków niepowstrzymanych, ciężkich wymiotów u niemowląt i noworodków, leczonych wstrzykiwaniem krwi ojca lub matki, autorka stwierdza, że leczenie to jest bardzo skuteczne i godne polecenia.

PRZEGLĄD ZWIĄZKOWY NR 11.

Z. KRATKO — **Partia a związki zawodowe** (c. d.).

Autor omawia rolę związków zawodowych w okresie dyktatury proletariatu, krystalizowanie się założeń ideologicznych związków zawodowych w Polsce Ludowej oraz zadania związków jako transmisji do mas.

P. LIKIERT — **Na drodze do komunizmu.**

Na podstawie dyrektyw XIX Zjazdu Komunistycznej Partii Związku Radzieckiego autor wskazuje jaką drogą Związek Radziecki przechodzi od socjalizmu do komunizmu, zaznaczając: „marksizm uczy, że idee stają się siłą materialną, gdy opanowują masy, taką potężną siłą jest idea Partii Lenina—Stalina".

I. WILGA — **Masowe szkolenie aktywu związkowego.**

Dotychczasowe wyniki wyborów do władz Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia wykazały duży udział w tych pracach pielęgniarek, które weszły do zarządów rad miejscowych. Dlatego też masowe szkolenie aktywu związkowego będzie sprawą najżywiej je interesującą, pomocą w zrozumieniu zadań i konieczności przeszkolenia nowych członków-aktywistów.

Wykładnia niektórych przepisów o podatku od wynagrodzeń.

POŁOŻNA Nr 11

DR. L. GRABOWIECKA — **Promienie Rentgena.**

Wilhelm Konrad Rentgen, fizyk i matematyk zademonstrował na posiedzeniu Tow. Fizyczno-Lekarskiego w Berlinie, w grudniu 1895 r., swe odkrycie promieni X, które — jak sądził — mogą mieć zastosowanie w medycynie. Szpital Św. Ducha w Warszawie już w r. 1896 otrzymał aparaturę rentgenowską.

DR J. TETER — **Rak macicy.**

Według danych statystycznych umiera rocznie w Polsce około 3 000 kobiet z powodu raka macicy, a około 12 000 jest dotkniętych tą chorobą. Wiele kobiet umiera przeważnie na skutek zbyt późnego zwrócenia się do lekarza. A jednak rak macicy jest uleczalny, o ile leczenie rozpocznie się w porę. Z tych względów konieczna jest praca pielęgniarek i położnych w kierunku uświadamiania kobiet o tej chorobie i nakłaniania do masowego badania.

DR. T. ZLATKES — **O witaminach.**

Artykuł zawiera przypomnienie o roli witamin dla organizmu, o awitaminozie oraz podaje najważniejsze źródła różnych witamin.

POŁOŻNA NR 12/52

DR L. GRABOWIECKA — **Prof. I. P. Pawłow**

Z życiorysu największego fizjologa świata dowiadujemy się wielu szczegółów jego doświadczeń, które położyły podwaliny pod nowoczesną materialistyczną fizjologię człowieka.

DR H. CHATYS — **Gruźlica a ciąża.**

Wpływ ciąży na gruźlicę jest tematem badań wielu ginekologów i ftizjatrów. Wnioski z tych badań niejednokrotnie różnią się od siebie, jednak coraz rzadziej wyraża się pogląd, że gruźlica jest wskazaniem do przerwania ciąży.

DR W. RUDOWSKI — **Żylaki jako powikłanie ciąży.**

Etiologia powstawania żylaków jest dotychczas niedostatecznie wyjaśniona. Niektórzy badacze za czynnik przyczynowy w rozwoju żylaków u kobiet uważają również zaburzenia endokrynologiczne. Żylaków nie należy traktować jako zagadnienie „kosmetyczne", gdyż jest to choroba układu naczyniowego z takimi powikłaniami jak: zakrzepy, owrzodzenia, krwotoki itp. Ważne jest przestrzeganie higieny, aby nie dopuścić do powstawania żylaków.

ANKIETA

W trosce o poziom, wartość i wygląd zewnętrzny naszego pisma Redakcja miesięcznika „Pielęgniarka Polska" zwraca się do wszystkich Czytelniczek z prośbą o odpowiedzi na poniżej zamieszczone pytania ankiety wg podanych punktów. Odpowiedź na ankietę należy przesłać pod adresem Redakcji — Warszawa, Al. Stalina 22 m. 5.

1) Czy jesteś stałą czytelniczką „Pielęgniarki Polskiej" i od kiedy?

2) Czy zbierasz i przechowujesz kolejno numery pisma?

3) Czy podoba Ci się szata graficzna (wygląd zewnętrzny, druk, ilustracje) naszego pisma?

4) Czy drukowane przez nas artykuły oceniasz jako zbyt popularne, zbyt trudne czy też na odpowiednim poziomie?

5) Czy i jakie korzyści pod względem zawodowym, społecznym i ideologicznym daje Ci nasze pismo?

6) Czy pismo pomaga Ci w szkoleniu?

7) Jakie artykuły czytasz najchętniej?

8) Jakie nowe działy — Twoim zdaniem — należałoby wprowadzić do pisma?

9) Czy chcesz być korespondentką „Pielęgniarki Polskiej"?

Imię i nazwisko (względnie pseudonim)

Teren pracy (miasto — wieś, zakład leczniczy otwarty — zamknięty)

Stanowisko (oddziałowa, odcinkowa, st. pielęgniarka itd).

Wykształcenie zawodowe (szkoła, kurs, egzamin państwowy)

Jak dawno pracujesz w zawodzie?

Data

KOMUNIKAT

Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich zawiadamia, że prenumeratę „Dziennika Urzędowego Ministerstwa Zdrowia" należy zamawiać i opłacać wyłącznie w Działach Gazetowych urzędów pocztowych lub u listonoszów, w terminie od dnia 15 każdego m-ca poprzedzającego okres zamawianej prenumeraty.

Cena prenumeraty wynosi: rocznie zł. 30.—, półrocznie zł.15.—, kwartalnie zł. 7,50.

Egzemplarze pojedyńcze (wsteczne) można nabyć w Księgarni Medycznej „DK" w Warszawie ul. Mokotowska 24 lub w Dziale Sprzedaży Archiwalnej P. P. K. „Ruch" w Warszawie, ul. Srebrna 12, po uprzednim wpłaceniu należności na konto PKO I-15207/110.

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15 — 17. Redakcja czynna: codziennie 11 — 13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportażu „Ruch".
Prenumerata miesięczna: zł 1.50, kwartalna zł 4.50, półroczna zł 9.00, roczna zł 18.00. CENY OGŁOSZEŃ cała stronica 1.200 zł, 1/2 str. 750 zł, 1/4 str. 450 zł, 1/8 str. 300 zł, 1/16 str. 210 zł, 1/32 str. 150 zł.

Zakł. Graficzne Wyd. MON, W-wa. Zam. Nr 3095. 4-B-12214.

Cena 1,50 zł